

Boletín de la Sociedad Cubana de Pediatría

TOMO X.

ENERO DE 1938.

NUM. 1

ORGANO OFICIAL DE LA
CATEDRA DE PATOLOGIA Y CLINICA INFANTILES
HOSPITAL "MERCEDES"

DIRECTORES:

DR. ANGEL ARTURO ABALLI
Profesor Titular.

DR. FELIX HURTADO
Profesor Auxiliar.

JEFES DE REDACCION:

DR. AGUSTIN CASTELLANOS
Ayudante de la Cátedra.

DR. TEODOSIO VALLEDOR
Ayudante de la Cátedra.

SECRETARIO DE REDACCION:

DR. CARLOS HERNANDEZ MIYARES

ADMINISTRADOR:

DR. VIVINO GARCIA REMEDIOS

REVISTA



MENSUAL

REDACCION, ADMINISTRACION Y CANJE:

APARTADO 2430. HABANA. CUBA

MOLINA Y CIA.-MURALLA 55-57.-HABANA

BOSTON MEDICAL LIBRARY
IN THE
FRANCIS A. COUNTWAY
LIBRARY OF MEDICINE

UN NUEVO PRODUCTO NESTLE



MILO

ALIMENTO TONICO
FORTIFICANTE

INDICADO EN LOS CASOS DE

Períodos de Gestación y Lactancia en la mujer, Trastornos Nerviosos, Debilidad, Anemia, Insomnio, Vejez, Secuelas Post-Operatorias, Convalecencia, etc.

ANALISIS

Materia grasa	9.6%
Proteínas	13.8 "
Hidratos de carbono	68.5 "
Sales minerales	5.1 "
Agua	3.0 "

MILO está especialmente indicado en el período de gestación pues, aparte de sus propiedades nutritivas, aumenta la asimilación del calcio y fósforo y evita la pérdida de estos elementos en el esqueleto materno provocada por las exigencias del feto.



PIDA UNA MUESTRA GRATIS

COMPANIA NACIONAL DE ALIMENTOS

Pte. Zayas No. 6

Teléf. M-7650

DIRECTORIO

DE LA

SOCIEDAD CUBANA DE PEDIATRIA

PRESIDENTE:

Prof. Félix Hurtado Galtés.

VICE-PRESIDENTE:

Dr. Teodosio Valledor Campo.

SECRETARIO:

Dr. Carlos Hernández Miyares.

BIBLIOTECARIO:

Dr. Vivino García Remedios.

SOCIOS FUNDADORES:

Prof. Angel A. Aballí.
Prof. Félix Hurtado.
Prof. Luis Ortega.
Agustín Castellanos.
Teodosio Valledor.
Benito Vilá.
Gonzalo Aróstegui.

Gustavo Cardelle.
José Prats.
Roberto Céspedes.
P. Sánchez Toledo.
G. González Sastre.
Bernardo Cardelle.
G. Gurri Aguilera.
Julio Cabrera.

G. Gómez del Río.
C. Hernández Miyares.
Emilio Alemán.
E. García Pérez.
María L. Cubiñá.
Hipólito Dumois.
D. Gómez Tejera.
Abelardo Codinach.

SOCIOS DE HONOR:

Prof. Luis Morquio † (Montevideo).
Prof. Pierre Nobecourt (París).

Prof. Clemente Inclán (Habana).
Prof. Gregorio Araoz Alfaro (Buenos Aires).

SOCIOS CORRESPONSALES:

Dr. Alfonso Alarcón (México).
Dr. Anastasio Vergara (México).
Prof. Arthur Moncorvo (Brasil).
Prof. Víctor Escardó y Anaya (Montevideo).
Prof. Arturo Scroggie Vergara (Chile).
Prof. Benito de Soria (Córdoba, Argentina).
Prof. Calixto Torres Umaña (Bogotá).
Prof. Camilo Muniagurria † (Rosario, Argentina).
Dr. Carlos Sainz de los Terreros (Madrid).
Prof. Enrique Suñer Ordóñez (Madrid).
Dr. Clifford G. Grulee (Chicago).

Prof. Enrique León García (Perú).
Prof. Eugenio Cienfuegos (Chile).
Dr. Frederick Schlutz (E. U. A.).
Dr. Hermann Schwarz (E. U. A.).
Dr. Jean Hallé (París).
Prof. Juan Carlos Navarro † (B. Aires).
Prof. Mario A. Torroella (México).
Prof. Mario J. del Carril (B. Aires).
Prof. M. Cárdenas de la Vega † (México).
Dr. Pierre Woringer (Strasbourg).
Prof. Raúl Cibils Aguirre (B. Aires).
Prof. Roberto Aldunate (Valparaíso).
Dr. Santiago Cavenget (Madrid).
Samuel Levine (E. U. A.).

SOCIOS NUMERARIOS

José Luis de Cubas. †
René García Mendoza.
Alberto Oteiza.
Julían Araña.
Esperanza Costa.
Marcos Díaz Sardiñas.
Vivino García Remedios.
Marino Ramos Ramírez.
Leopoldo Carreño.
María Teresa Estrada.
A. Fernández Meléndez.
R. Rodríguez Montero.
José Macho Doval.

César Fuentes Mardomin-go.
Ramón Aixalá.
Miguel A. Branly.
Prof. Vicente Legañoa.
Prof. Arturo Curbelo.
Agustín Abril.
Carlos Ramírez Corría.
Prof. Amador Guerra.
José Mir.
Prof. Alberto Inclán.
Ernesto Fernández del Moral.
Nicolás Bello Gil.

Domingo Padrón Ferrer.
José G. Trémols.
Daniel Mc. Donald.
José Pedrera.
Pedro Hernández Gonzalo.
Julio Jones.
Argelio de Fertia.
Guillermo García López.
Luis Viamonte Cuervo.
Sydney Orrett.
Julio Fernández de la Arena.
Adolfo Vilasuso.

BIBLIOTECA DE LA SOCIEDAD CUBANA DE PEDIATRIA

CATEDRA DE CLINICA INFANTIL HOSPITAL MERCEDES H A B A N A

ABIERTA DE 9 A 12 LOS DIAS LABORABLES

PUBLICACIONES RECIBIDAS

ALEMANIA:

Münchener Medizinische Wochenschrift. Munich.
Revista Médica Germano Ibero-Americana. Leipzig.

ARGENTINA:

Anales de la Sociedad de Puericultura. B. Aires.
Archivos Americanos de Medicina. Buenos Aires.
Archivos Argentinos de Pediatría. Buenos Aires.
Archivos Argentinos de Psicología N., P. y C. afines. Buenos Aires.
Archivos de Enfermedades del Aparato Respiratorio. Buenos Aires.
El Día Médico. Buenos Aires.
Gaceta Médica de Córdoba. Córdoba.
La Medicina Argentina. Buenos Aires.
La Semana Médica. Buenos Aires.
La Prensa Médica Argentina. Buenos Aires.
Revista Latino Americana. Buenos Aires.
Revista de la Asociación Médica Argentina. Buenos Aires.
Revista de la Sociedad de Pediatría. Rosario.
Revista del C. Médico y C. de Estudiantes de Medicina. Buenos Aires.
Revista de la Soc. Arg. de Biología. Buenos Aires.
Revista Sud Americana de Endocrinología. Buenos Aires.
Revista del Centro de Estudiantes. Rosario.

BELGICA:

Bruxelles Medical. Bruselas.
Le Scalpel. Bruselas.
Revue Belge des Sciences Medicales. Louvain.
Revue de Chirurgie Structure. Bruselas.

BRASIL:

A Folha Medica. Rio de Janeiro.
Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia. S. Paulo.
Archivos Rio Grandenses. Porto Alegre.
Archivos de Pediatría. Rio de Janeiro.
Brasil Médico. Rio de Janeiro.
Journal de Pediatría. Rio de Janeiro.
Boletín de Sociedade de Medicina e Cirurgia. Sao Paulo.
Boletín da Secretaria Geral de Saude e Assistencia. R. de Janeiro.
Medicina Cirurgia y Pharmacia. Rio de Janeiro.
Memorias do Instituto Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.
Pediatría Prática. Sao Paulo.
Revista Médica de Pernambuco. Recife.
Revista Médico-Quirúrgica del Brasil. Rio de Janeiro.
Revista de Gynecologia e d'Obstetricia. Rio de Janeiro.

CANADA:

L'Union Medicale du Canada. Montreal.
Bull. Ass. Medecins de L. Fran. de la A. du Nord. Montreal.

COLOMBIA:

Revista de Higiene. Bogotá.
Revista Médica de Bogotá. Bogotá.
Revista de Medicina y Cirugía. Barranquilla.

CUBA:

Anales de Cirugía. Habana.
Anales de la Academia de Ciencias. Habana.
Archivos de la Soc. de Estudios Clínicos. Habana.
Archivos de Medicina Infantil. Habana.
Archivos de Medicina Interna. Habana.
Boletín de la Liga contra el Cáncer. Habana.
Boletín del Hospital General del Ejército. aHabana.
Crónica Médico-Quirúrgica. Habana.
Medicina de Hoy. Habana.
Revista Cubana de Oto-Neuro-Oftalmiatría. Habana.
Revista de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Habana.
Revista de Medicina y Cirugía. Habana.
Revista Dental. Habana.
Revista Médica Cubana. Habana.
Revista de Parasitología, Clínica y Laboratorio. Habana.
Sanidad y Beneficencia. (Boletín) Habana.
Tribuna Terapéutica. Habana.
Revista Tuberculosis. Habana.
Tuberculosis. Habana.
Vida Nueva. Habana.
Universidad de la Habana. Habana.

CHILE:

Archivos del Hospital de Niños "R. del Río". Santiago.
Revista Chilena de Pediatría. Santiago.

EL SALVADOR:

Archivos del Hospital Rosales. San Salvador.

ESPAÑA:

Anales Casa Salud Valdecilla. Santander.
Anales de Medicina Interna. Madrid.
Anales de Pediatría. Barcelona.
Anales del Hospital San José y Santa Adela. Cruz Roja. Madrid.
But. de la Soc. Catalana de Pediatría. Barcelona.
Laboratorio, Medicina, Cirugía. Barcelona.
La Opinión Médica. Zaragoza.
Archivos Españoles de Pediatría. Madrid.
Arxius de Psicologia y Psiquiatría Infantil. Barcelona.

Clinica y Laboratorio. Zaragoza.
Crónica Médica. Valencia.
Ecos Españoles de Dermatología y
sifilografía. Madrid.
Revista Española de Medicina y Ci-
rugía. Barcelona.
Revista Española de Tuberculosis.
Madrid.
Revista de Higiene y Tuberculosis.
Valencia.
Revista de Sanidad e Higiene Pú-
blica. Madrid.
Revista de las Españas. Madrid.
Paidoterapia. Barcelona.
Pediatria y Puericultura (Granada).
La Medicina de los Niños. Barcelo-
na.
La Pediatría Española. Madrid.
La Infancia Anormal. Madrid.
Medicina de los Países Cálidos. Ma-
drid.
Medicina Latina. Madrid.
Salux. Talavera de la Reina.

ESTADOS UNIDOS:

American Journal of Diseases of
Children. Chicago.
Boletín de la Oficina Sanitaria Pan-
americana. Washington.
Revista de Radiología y Fisioterapia.
Chicago.
The Journal of American Medical
Association. Chicago.
The Journal of Pediatrics. St. Louis.
Medical Times. New York.
Transactions of the College of Phy-
sicians. Filadelfia.

FILIPINAS:

Revista Filipina de Medicina y Far-
macia. Manila.

EGIPTO:

The Journal of the Egiptian Med.
Ass. Cairo.

FRANCIA:

Acta Médica Latina. París.
Archives de Medecine des Enfants.
París.
Journal de Medecine de Lyon.
Lyon.
La Pédiatrie Pratique. Lille.
La Presse Médicale. París.
Le Nourrison. París.
La Medecine Infantile. París.
La Médecine Scolaire. París.
Marseille Medical. Marsella.
Revue Française de Pédiatrie.
Strasbourg.
Revue Française de Puericultura.
París.
Revue Médicale Française. París.

HONDURAS:

Revista Médica Hondureña. Teguci-
galpa.

INDIA:

Indian Journal of Pediatrics. Cal-
cuta.

INGLATERRA:

Archives of Diseases in Childhood.
Londres.
Proceedings of the Royal Society of
medicine. Londres.
The British Journal of Children's
Diseases. Londres.

ITALIA:

Fronte Unico Antituberculare. To-
rino.
Il Lattante. Parma.
La Clinica Pediatrica Módena.
La Pediatría. Napoli.
La Pratica Pediatrica. Milán.
La Nipiología. Nápoles.
L'Ospedale de Bergamo. Bergamo.
Medicina Infantile. Roma.
Pathologica. Génova.
Policlinico Infantile. Torino.
Revista di Clinica Pediatrica. Fi-
renze.

MEXICO:

Archivos Latino-Americanos de Car-
diología y Hematología. México.
Gaceta Médica de México. México.
Labor Médica. Tampico.
Medicina. México.
Medicina y Cirugía de Occidente.
Guadalajara.
Revista de Gastroenterología. Mé-
xico.
Revista Médica de Yucatán.
Revista Mexicana de Puericultura.
México.
Revista Médica Veracruzana. Ve-
racruz.

PERU:

La Crónica Médica. Lima.
La Reforma Médica. Lima.

PUERTO RICO:

Journal of Public Health and Trop.
Medicine. San Juan.

RUSIA:

Bpayeboe Selo. Kiev.

URUGUAY:

Anales de la Facultad de Medicina.
Montevideo.
Archivos Uruguayos de Med. Cir. y
Especialidades. Montevideo.
Acción Sindical. Montevideo.
Archivos de Pediatría del Uruguay.
Montevideo.
Boletín del Inst. Intern. Americ. de
Protec. a la Infancia. Montevideo.
Revista de Tuberculosis del Uru-
guay. Montevideo.

VENEZUELA:

Archivos Venezolanos de Cardiol-
gía y Hematología. Caracas.
Boletín de los Hospitales. Caracas.
Medical. Caracas.

D I R E C T O R I O DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE SANTIAGO DE CUBA

PRESIDENTE:

Dr. Luciano Joanneau.

SECRETARIO:

† Dr. Francisco Agüero Ortiz.

VOCALES:

Dr. José López Batllori.
Dr. José Guadalupe Castellanos.
Dr. Jorge Damien.

TESORERO:

Dr. Antonio Béguez César.

SOCIOS NUMERARIOS:

Dr. Prudencio Caveda Colomé.
Dra. Susana Texidó.
Dr. Juan Francisco Fernández.



REPUBLICA DE CUBA

SECRETARIA DE HACIENDA

DIRECCION GENERAL DE LA LOTERIA NACIONAL

La Lotería Nacional

CONTRIBUYE AL
SOSTENIMIENTO
DE MUCHAS
INSTITUCIONES
DE PROTECCION
A LA INFANCIA
DESVALIDA

COMPRE BILLETES DE LA
Lotería Nacional

1938

TRATADO COMPLETO DE CLINICA MODERNA

MEDICINA - CIRUGIA
ESPECIALIDADES

Publicado bajo la dirección de los Profesores

Jorge y Félix Klemperer

Con la colaboración de 165 verdaderas autoridades
de la medicina moderna.

•

TERCERA EDICION
PRIMERA ARGENTINA

•

SIETE VOLUMINOSOS TOMOS Y UN APENDICE

•

Unicos Distribuidores para Cuba:

Editorial González Porto
OBISPO 87. - HABANA

2 PILDORAS GLUTINIZADAS NUEVO CUERPO YODADO ORIGINAL **2 a 3 VECES POR DIA**
CITRATADO

IODOCITRANE

HIPERTENSION
ARTERIAL
VARICES - HEMORROIDES

TRASTORNOS
ARTERIALES Y VENOSOS

ARTERIO
ESCLEROSIS
OBESIDAD - ENFISEMA

LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA 21, Rue Chaptal PARIS

EN CADA UNA DE LAS TRES COMIDAS

MEDICACION

2 A 3 GRAGEAS

EUPEPTICA

PANCREPAR

MANIFESTACIONES DIGESTIVAS
DEBIDAS A UN DESORDEN
DE LA ASIMILACION
DISPEPSIAS
INSUFICIENCIAS
HEPATICAS

REGULARIZA LAS FUNCIONES
HEPATO-BILIARES
PANCREATICAS

EXTREMAMIENTO
DE ORIGEN
HEPATICO
ANAFILAXIA
DIGESTIVA

LABORATORIO DE LOS PRODUITS SCIENTIA 21, Rue Chaptal, PARIS 19



MALTINA TIVOLI VITAMINADA

Unico extracto de MALTA
que contiene VITAMINAS.
Deliciosa, posee cualidades
antineurasténicas.

Tonificante, necesaria para
el crecimiento y desarrollo.

Refrescante, evita trastor-
nos y afecciones oculares.

Cervecería **LA TROPICAL**

PEDIATRAS

Dispepsias de los niños de pecho.

Intolerancia de la leche de vaca.

Vómitos de los niños de pecho.

Gastro - Enteritis.

Lactancia Natural y Artificial



KYMOSINE

ROGIER

A BASE DE: Fermentos Lab y Azúcar de
leche purificados.



Laboratorio HENRY ROGIER

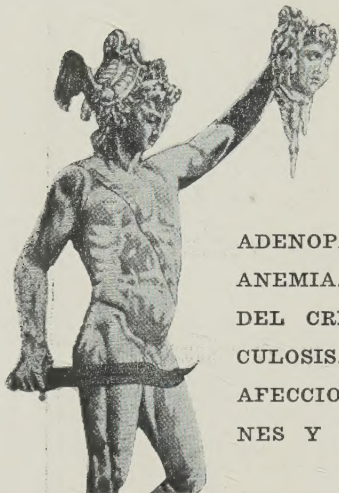
56 BOULEVARD PEREIRE. - PARIS

COLEOTENE SERONO TROPICAL

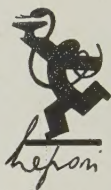
(EN INYECTABLES DE 1 C.C.)

VITAMINA "A" 300 U.I.

OLEATO DE COLESTEROL 10 Ctgs.



ADENOPATIAS TRAQUEO BRONQUIALES.
ANEMIA. — RAQUITISMO. — TRASTORNOS
DEL CRECIMIENTO. — ANOREXIA. — TUBER-
CULOSIS. — PROPENSION A LOS CATARROS Y
AFECIONES BRONQUIALES. — INTOXICACIONES Y EN TODAS LAS ENFERMEDADES DE
ORIGEN INFECCIOSO.



REPRESENTANTE EXCLUSIVO PARA CUBA, MEXICO Y CENTRO AMERICA:

L. LEPORI APARTADO 2423. - TELEFONO M-9296
H A B A N A

DRYCO

Leche Vitaminizada e Irradiada

Facilidad digestiva, igual a la leche materna.

Absorción íntegra — Vitamínica e Irradiada.

Es la que emplean preferentemente todos los grandes pediatras del orbe, en el tratamiento de las Diarreas de Verano, Raquitismo, afecciones gastro-intestinales de la infancia y en todos los estadios de la hiponutrición infantil.

En Pediatría

La Leche de Magnesia de Phillips se ha creado un lugar preferente en pediatría, como modificador de la alimentación artificial de los lactantes, para aliviar las irritaciones de la piel; y para corregir el estreñimiento y modificar las alteraciones de la mucosa del canal alimenticio, en las afecciones complicadas con acidez.

Leche de Magnesia de **PHILLIPS**

EL ANTIACIDO - LAXANTE IDEAL



DEXTRO

EL AZUCAR DE LA ENERGIA

TRATAMIENTO DE LAS MANIFESTACIONES.

Linfáticas, Asmáticas y Artríticas. - Convalecencias

ARSENIODE BURIAT

TRI-YODURO DE ARSENICO METILARSINADO AL 1%

GOTAS:

Hasta 2 años, dar progresivamente de 2 a 4 gotas.

De 2 a 8 " " " " 4 a 20 "

De 8 a 15 " " " " 10 a 30 "

Adultos " " " " 20 a 40 "

LABORATORIOS BURIAT

25 RUE COPERNIC, PARIS

REPRESENTANTES:

RECALT Y CAMY. - APARTADO 2050

HABANA

Harina Fosfatada Larouse

EL
MEJOR
ALIMENTO
PARA
LOS
NIÑOS



DE
VENTA
EN
TODAS
LAS
FARMACIAS

Representantes: **RÉCALT & CAMY** San Lázaro 237

APARTADO 2050. - HABANA

GASTROCRIN

JUGO GASTRICO NORMAL MAS PAPAYINA

INDICACIONES:

En todas las dispepsias por falta o insuficiencia de los fermentos del jugo gástrico; en las diarreas grumosas de los niños criados a pecho; en la intolerancia a la lactancia artificial por leche de vaca, condensada o en polvo, urticaria, prurigo, etc.



EL DIGESTIVO DEL LACTANTE

FORMULA:

Pepsina óptima.	2.00
Acido clorhídrico.	0.36
Fermento lab.	0.01
Papayina.	2.00
Vehículo apropiado	60.00

DOSIS:

Hasta 1 año.	10 gotas
De 1 a 2 años.	15 gotas
De más de 2 años.	20 gotas
Deben tomarse en una ó dos cucharaditas de agua antes de cada toma de leche.	

ESPECIALIDADES
FARMACEUTICAS
PARA NIÑOS



DREAN

METABOLISMO DEL CALCIO

ENFERMEDADES POR CARENCIA DE VITAMINAS

ANEMIAS HIPOCROMICAS

DIETETICA

CREMA DE ESPINACAS "SELLO ROJO"

ANALISIS No. 60,249.

CERTIFICO :

Que la muestra de Harina Espinaca marca "Sello Rojo", remitida a este Laboratorio por los Sres. Hoyo Fernández y Cia., ha sido analizada con el resultado siguiente:

AGUA	12.98%
CENIZAS	18.99 „
GRASA	1.65 „
FIBRA	8.18 „
PROTEINAS	29.81 „
HIDROCARBONADOS	28.39 „

Cada 100 gramos contienen la riqueza mineral siguiente:
Miligramos

FOSFORO (P)	610.0
CALCIO (Ca)	800.0
MANGANESO (Mn)	8.0
COBRE (Cu)	1.0
HIERRO (Fe)	59.0

Cada 100 gramos producen 254 calorías.

Contienen Vitaminas A, G, C, D y B.

Una libra equivale a diecinueve libras de espinacas frescas.

Una cucharadita equivale a 48 gramos de espinacas frescas.

Habana, 23 de Enero, 1937.



F. M. Gue - A. S.

UNA LIBRA DE CREMA DE ESPINACAS SELLO ROJO
EQUIVALE A 19 LIBRAS DE ESPINACAS FRESCAS

LA CREMA DE ESPINACAS SELLO ROJO ES ESPINACA
CRUDA Y RETIENE TODO EL PODER DE RIQUEZA
EN VITAMINAS Y SALES NATURALES

Muestra y Literatura a disposición de los señores Médicos

Crema vegetales SELLO ROJO de "La Pasiega"
FALGUERAS 8. - HABANA

Prevención
y tratamiento
de la
TOSFERINA

POR EL

NÉO-DMÉTYS

STOCK-VACUNA ATÓXICA

Sin dolor local

Sin reacción ni
aun en los niños
pequeños

EN CAJAS DE
6 AMPOLLAS DE 1 "

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
—Specia—

MARQUES **POULENC Frères & "USINES du RHONE"**
21, rue Jean Goujon, PARIS-8°

POLIMALT

CONTIENE:

FOSFORO.

NUCLEINAS.

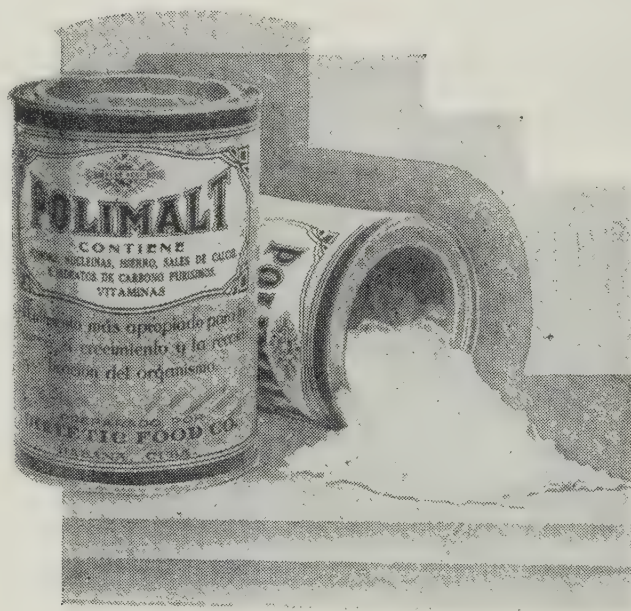
HIERRO.

SALES DE CALCIO.

HIDRATOS DE CARBONO PURISIMOS.

VITAMINAS.

SABOR A CACAO DELICIOSO.



El alimento más apropiado para favorecer el
crecimiento y la recalcificación del organismo infantil.

PREPARADO POR

LABORATORIOS LINNER

HABANA, CUBA.

Boletín de la Sociedad Cubana de Pediatría

REVISTA MENSUAL
HABANA

Organo Oficial de la
CATEDRA DE PATOLOGIA Y CLINICA INFANTILES
HOSPITAL MERCEDES

Administración: Gervasio 121. - Teléfono M-3010

Correspondencia y Canje: Apartado de Correos 2430

SUSCRIPCION ANUAL: \$ 3.00

SUMARIO

Pág.

Homenaje al profesor Félix Hurtado.— <i>Por el Dr. Gabriel Gómez del Río.</i>	1
The Addis sediment count in normal and diseased children. <i>By Emilio Soto Pradera, M. D.</i>	4
Ex-sanguíneo transfusion versus transfusion en el tratamiento de la toxi-infección intestinal del lactante.— <i>Por el Dr. Agustín Castellanos.</i>	23
Un caso de tuberculosis nodular caseosa del miocardio.— <i>Por los Dres. René García Mendoza y Antonio Navarrete.</i>	53
Noticias.	64



LECHE

KEL

Total y parcialmente descremada, desecada y esterilizada, una leche de superior calidad especialmente fabricada para la alimentación de los niños, ancianos, convalecientes y enfermos.

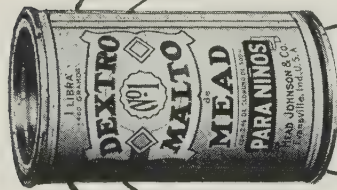
ANALISIS de la Leche KEL
parcialmente descremada...

Grasas	12	por 100
Azúcar de leche.	46	„ „
Materias azoadas	32	„ „
Sales	7	„ „
Agua	3	„ „

100 por 100

Se facilitarán prospectos y muestras gratis al facultativo que lo solicite.

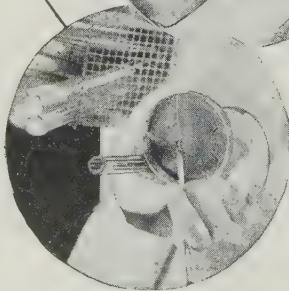
BELASCOAIN 14, HABANA



EL DEXTRO MALTO

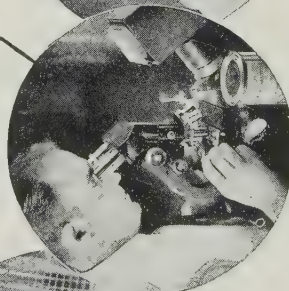
Debe Pasar Diariamente

Estos Exámenes Microbiológicos*



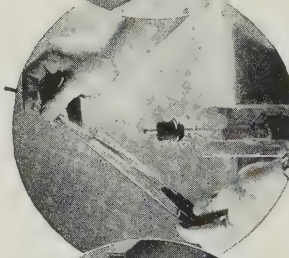
SIEMBRA EN AGAR-SANGRE

Confirma la ausencia de estreptococos hemolíticos



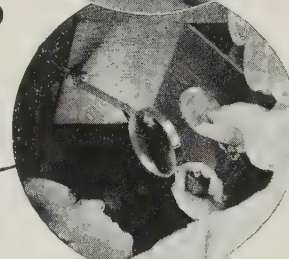
EXAMEN MICROSCÓPICO DIRECTO

Informa con rapidez el control sanitario y la historia microbiológica del producto



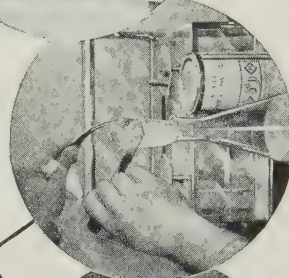
PRUEBA DE FORMACION DE GASES

Asegura la ausencia de bacterias del tipo intestinal (formadores de gases)



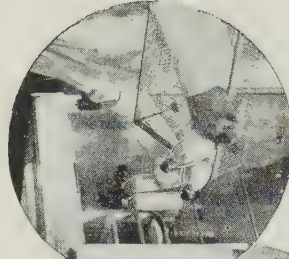
CONTEO DE PLACA (conteo microbiológico)

Asegura la ausencia de hongos y confirma la calidad sanitaria del producto



SIEMBRA EN LECHE

Asegura la ausencia de bacterias proteolíticas (putrefactas)



PRUEBA DE CONSERVACION EN LA NEVERA

Determina las cualidades de conservación de la leche modificada con Dextro Malto guardada en la nevera por espacio de 24 horas.

*Aparte de numerosos exámenes clínicos y físicos

MEAD JOHNSON & CO., INC., EVANSVILLE, IND., E.U.A.

MUESTRAS Y LITERATURA A DISPOSICION DE LOS SEÑORES MEDICOS.

CENTRAL 10, CASA BLANCA, HABANA, TELEFONOS M-4350 Y A-8784

Homenaje al Profesor Félix Hurtado

El día dos del mes ppdo. en los salones del Hotel "Inglaterra", un grupo de discípulos, amigos y compañeros del Prof. Félix Hurtado, se reunieron a su alrededor para testimoniarle el afecto con que era recibido a su regreso de Europa, donde asistiera al Cuarto Congreso Internacional de Pediatría que hubo de celebrarse con brillantez extraordinaria en la Ciudad de Roma.



La presidencia del banquete homenaje al Prof. Hurtado.

No podía pasar inadvertido para los Pediatras cubanos la extraordinaria importancia del Congreso referido, así como lo que sig-

nificaba que estuviéramos allí representados por el Prof. Félix Hurtado, cuya destacada personalidad bien conocida universalmente, pondría el nombre de nuestra pequeña y querida tierra a nivel de las grandes naciones europeas, haría pensar a los maestros del viejo continente que en este pequeño rincón existe un grupo de médicos dedicados a la pediatría con verdadera abnegación, entre los que se encuentran algunos que brillan con intensísima luz propia. Fué por



Una vista de la concurrencia.

eso que a su regreso y como reconocida gratitud nos reuniéramos todos a su lado, ya que según sus propias frases, él llevó allá el espíritu de la pediatría cubana y en particular la orientación que le diera su maestro el Dr. Aballí.

El acto se desenvolvió en un ambiente de agradable y sana camaradería. Concurrieron la casi totalidad de los pediatras que ejercen en la ciudad de la Habana, así como los cirujanos, ortopédicos, dermatólogos, oculistas, psiquiatras, etc., que colaboran en los servi-

cios dedicados a enfermedades de la infancia. También asistieron, demostrando así su adhesión, numerosos médicos amigos del Prof. Hurtado.

Las palabras sentidas en este acto como en pocos, estuvieron a cargo del Prof. Aballí, quien emocionado abrazó con las frases al discípulo querido, su hijo espiritual y científico. Le siguió en el uso de la palabra el Dr. Guerra, quien ofreció el homenaje en bellas frases literarias, terminando el acto con las palabras del Prof. Hurtado, quien agradeció las pruebas de afecto que tan espontáneamente había recibido de su profesor, de sus discípulos y de sus amigos.

GABRIEL GÓMEZ DEL RÍO.

The Addis Sediment Count in Normal and Diseased Children *

By EMILIO V. SOTO, M. D.

DEFINITION:

Test to determine the number of organized elements in 12 hours specimen of urine. It has been found by Addis that through this test one can often determine the extent of renal damage. It can be carried out by the study of the urinary sediment of an acid and concentrated urine, the specific gravity of which is above 1020, so it is feasible to preserve the casts and cells.

METHOD:

Thomas Addis in 1925 was the first who determine the influence of some physical factors on the formed elements of the urine; concluding that the specific gravity and concentration of hydrogen ions were essential points in the preservation of such elements. This was the fundamental basis for the laboratory method known as the Addis Sediment Count and also for his own classification of nephritis, obtained after having done it in a large series of adult patients.

This method is performed by the restriction of fluids for twelve hours preceding the collection of urine, so as to prevent the casts and red cells from being lysed, which must often occur when the urine is dilute and alkaline.

The specific gravity seems to be the most important point. Some workers have claimed that we could disregard the reaction when the specific gravity is above 1020.

* Este trabajo se publica en inglés como cortesía a la Universidad de Pennsylvania, de la cual el autor es graduado, y como testimonio de agradecimiento y efecto a los compañeros del Children's Hospital de Philadelphia que colaboraron en el mismo cuando el que lo suscribe formó parte del staff.

In children it is almost impossible to restrict fluids for the period of time advised by Addis, and for this reason we have followed the method of Lyttle which consists in "withholding fluids during the afternoon and night, except for 200 cc at the evening meal". Most of our children were hospitalized cases. The following procedure was adopted for this study:

- a. Withhold fluids during the afternoon
- b. Empty the bladder before the collection of the urine to be studied, record the exact time of emptying of the bladder.
- c. No fluids between 7 p. m., and 7 a. m.
- d. Collect all urine from 7 p. m. to 7 a. m. in a flask which has been previously rinsed with a 10% formalin solution. Keep specimen on ice.

This series is composed of fifty normal and fifty children having various diseases. The purpose of this work is not only to verify what has already been pointed out by others, but also to increase our present knowledge, by adding and comparing our figures with those shown in normal cases. It is hoped that these studies would give what should be considered standards in children.

The routine specimens were treated according to the instructions recommended by Addis:—"the concentrated night urine is thoroughly mixed by repeated inversion of the rubber-stoppered bottle and a 10 cc sample is transferred to a special graduated tube, and centrifugalized for 10 minutes at 1800 revolutions per minute. The supernatant urine is decanted and pippered down to a known volume which varies with the amount of sediment as judged by direct observation. The casts and cells are thoroughly mixed in this remaining fluid, by means of a capillary pipette, and drops are transferred to a hemocytometer. The casts are counted under the low power microscope in several unit volumes of 0.0009 cc, the number depending on the concentration. The cells are counted in unit volumes of 0.0001 cc, with a 1/6 eye-piece and number 10 objective. The calculation is very simple is a slide rule is used. The rate of casts, red blood cells, white blood cells, and epithelial cells excretion, are expressed always as 12 hour rates".

The method of Shevsky and Stafford was used for the protein quantitative determination in the Addis graduated albumin tube.

This method is based on the precipitation of the protein by means of a solution of phosphotungstic acid in strongly acidified alcohol. The precipitate is collected in the narrow portion of the tube by centrifugalizing to a rate of 1800 revolutions per minute for ten minutes.

FIFTY CHILDREN CONSIDERED AS NORMAL

Number of tests: — 100	Age: — from 1 to 10 years
Whites: — 26 cases (52 %)	Females: — 20 cases (40 %)
Males: — 30 cases (60 %)	Black: — 24 cases (48 %)

The results are shown in Table I, II, III, IV, V.

In this serial have been included children hospitalized for hernia, malformations, undescended testicles, cysts, and appendicitis, on which the Sediment Count was done one or two weeks following the operation so as to be certain that the operation did not influence the urinary findings. In all our cases the temperatures were normal and the physical examina negative. Although Addis recommends that females be catheterized this was not done in this study; since the routine cleansing of the vulva in children prior to collection of the urine specimen was thought to be sufficient. Probably this would account for the higher percentage of white blood cells and epithelial cells in females.

PROTEINS:

Our average and normal range is lower than the figures found by Little, in spite of the fact, that, we used the identical method. Considering that our series is small, no tentative values for marking upper limits of protein excretion have been made. However I think it is worth remembering the figure of 36 mgm given by Addis'' after having examined many normal individuals and many patients who were passing from what we call Bright's Disease back to normal''. This figure of Addis concerns only adults. In children there has been no work published on a long series of normal individuals so estimate accurate standards. The average figure for protein found in this study was 8 mgm, with a range of 3 to 18 mgm.

CASTS:

Most of the casts were hyaline, which coincide with the findings of other workers. Eighty of the one hundred Addis Sediment Count were zero counts, and of the twenty positive, two were above the upper limit (20,000). The upper limit and average figures found in this study is higher than those of either Lyttle, Addis or Goldring. In spite of this high normal, our percentage of zero counts have been higher than those of the above mentioned authors. This is only an apparent paradox due to the fact that we found 30,000 casts in one case and 20,000 in another, which undoubtedly is responsible for our higher figures. It is possible that those presented in Table V might be used as lower figures standards. In Addis series there were only 40 % zero counts; in strong contrast with 80 % in our cases. This is probably due to the impossibility of an absolute restriction of fluids in children.

RED BLOOD CELLS:

We most recognized that Addis was the first who showed the presence of red cells in the urinary sediment of normal individuals. In our series the figures are higher than those of Lyttle and Addis, both as regard the range and average figures. The percentage of zero counts is lower (14 %) than Lyttle cases (67 %). This wide variations of the normal figures have been found by many workers. It is possible that this variation might depend on the habits of the individual his way of living, the concentration of salt in the diet, the amount of fluid intake, and the care in the collection of urine, etc.

WHITE BLOOD CELLS AND EPITHELIAL CELLS:

There is not much difference between our average figures and those of Lyttle, Addis, and Goldring. For the explanation of our higher figures we shall mention that there was no catheterization in the collection of urine. The figures for female should be considered two times higher than of the males. Because of the difficulty in differentiating white blood cells from epithelial cells, they have been grouped together.

COMPARISON OF THE ADDIS TEST WITH THE ROUTINE URINALYSIS

All our tests were compared with the routine urinalysis in the shaken specimen method used in this institution. It is not necessary to mention the absolute discrepancy, since even in centrifuged specimens the results are unequal. All our routine urinalysis were reported negative.

We must say something about Lyttle's conclusions in regard to the comparison of the Addis Test with the reports from the routine urinalysis in a centrifuged specimen. "Ten cc of the thoroughly mixed urine were used for both procedures. The specimen for routine examination was centrifuged for the same length of time and at the same rate of speed as that used in the quantitative method. The only difference was, that in the routine examination the sediment was examined practically undiluted; while in the count, the sediment was always mixed with from 1 to 3 cc of urine. More than the usual time and care was taken for the routine examination".

Table VI taken from Lyttle's "shows a relatively close agreement between quantitative protein and qualitative albumin reports".

TABLE VI

<i>Quantitative</i>	<i>Quantitative Vol. up to 200 cc</i>
Negative or very faint trace	14 mgm
Trace to heavy trace	20 mgm
1 plus to 3 plus	100 to 200
2 plus to 4 plus	200

For casts it is possible that more than once the routine urinalysis reports be negative with figures from 100,000 to one million and even higher according to Lyttle, who mentions "two cases where the counts were twelve to fifteen millions and the routine report was 5 to 10 per high power field".

Similar statements can be deducted from Lyttle's work concerning the white blood cells and epithelial cells, although not so strikingly as for the rest of the urinary elements.

TRICHUROL

CITRATO DE HIERRO
AMONICAL A ALTAS
DOSIS
(4 GRAMOS POR
CUCHARADA)

PARASITISMO
INTESTINAL



FRASCOS DE
200 C. C.

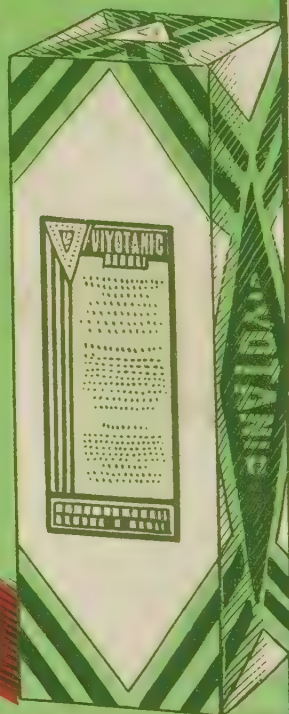


ESPECIFICAMENTE
TRICOCEFALOSIS

ACTUANDO A LA VEZ EN LAS ANEMIAS
PARASITARIAS E HIPOCROMAS
LABORATORIOS NODARSE NODARSE Y NOD

VIYOTANIC

*frascos
de 300cc.*



YODO CALCIO Y VITAMINA "D"

LABORATORIOS NODARSE

NODARSE HNO.

TEN NORMAL CASES ON WHICH THE TEST WAS REPEATED EVERY SECOND
DAY FOR TWO OR THREE CONSECUTIVE TIMES

These children were taken from the Department of Prevention of Disease through the courtesy of Dr. A. Nicholas to whom I wish to express my gratitude.

In four cases the test was repeated three consecutive times, only two on the rest. All of them were in good health, and living a normal life for children of this very poor section of the city. Eighty per cent were males. Practically no pathological variations in the Addis Sediment Count were observed in any of them. The results may be summarized as follows:

	Age	Sex	Race	Date	Protein	R. B. C.	W. B. C.	Casts
Case 1	5	M	B	1/23	7.2	513.300	31.900	0
	5	M	B	1/25	7.2	49.500	99.000	0
	5	M	B	1/27	14.0	48.200	235.000	5.500
Case 2	7	M	B	1/27	7.2	22.000	66.000	0
	7	M	B	1/29	7.2	00.000	35.600	0
	7	M	B	1/31	10.4	26.700	155.000	0
Case 3	4	M	W	1/15	7.2	59.400	39.600	0
	4	M	W	1/17	5.7	63.800	47.850	0
	4	M	W	1/19	7.2	25.300	36.150	0
Case 4	7	M	W	1/15	7.2	18.800	59.600	0
	7	M	W	1/17	7.2	19.800	39.600	0
Case 5	3	M	B	1/17	7.2	81.400	81.400	0
	3	M	B	1/19	21.0	10.400	20.900	0
	3	M	B	1/21	10.4	144.000	225.000	2.250
Case 6	5	M	B	1/28	14.4	48.180	420.480	0
	5	M	B	1/30	10.4	30.700	350.000	0
Case 7	3	M	B	1/27	6.4	36.300	60.500	4.150
	3	M	B	1/29	7.2	56.100	122.400	0

BOLETIN DE LA SOCIEDAD CUBANA DE PEDIATRIA

	Age	Sex	Race	Date	Protein	R. B. C.	W. B. C.	Casts
Case 8	8	M	B	1/12	5.4	33.280	60.000	0
	8	M	B	1/16	10.0	10.300	125.200	0
Case 9	6	F	B	1/21	10.8	46.200	622.000	0
	6	F	B	1/25	7.2	15.300	78.400	0
Case 10	8	F	B	2/1	5.7	24.200	150.300	0
	8	F	B	2/1	10.4	44.180	65.500	0

In this short series of non-hospitalized cases practical difficulties were encountered. Unsuitable specimens were discarded. It was felt that the low specific gravity evidenced the fact that fluid was not properly restricted.

P A T H O L O G I C A L C A S E S

Respiratory Tract

Respiratory Tract Infections

Cases 30	Tests 70		}	Tonsillitis	Pneumonias
				Bronchitis	Bronchopneumonias

Pyogenic Infections

Cases 6	Tests 17		}	Septicemias	Infected Synovitis
				Erysipelas	Vicent's Angina
				Ulcerative	Stomatitis

Hemorrhagic Nephritis

Cases 4 Tests 32

Pyurias

Cases 2 Tests 10

Other Cases

Cases 8	Tests 34		}	Chronic Nephritis
				Rheumatic Fever
				Undiagnosed Cases

Total . . . 163

This series has not been investigated statistically because it is small and the distribution irregular. However, the findings are shown to illustrate the significance of this test in following and discovering nephritis, according to Addis.

Acute Hemorrhagic Nephritis

Number: — 4 cases

Age: — From 4 to 8 years

Sex: — Three females and one male

Number of tests: — 32

TABLE I

PROTEIN		CASTS		R. B. C.		W. B. C.	
mgm	Number of obs.	Thousands	Number of obs.	Thousands	Number of obs.	Millions	Number of obs.
0	0	0	80	0	17	0	0
1-5	9	Over 0-2	2	Over 0-20	30	Over 0-5	84
5-10	68	Over 2-4	11	Over 20-40	18	Over .5-1	8
10-12	17	Over 4-6	3	Over 40-60	8	Over 1-1.5	3
12-20	6	Over 6-8	1	Over 60-80	2	Over 1.5-2	3
		Over 8-10	0	Over 80-100	4	Over 2-2.5	1
		Over 10-20	1	Over 100-150	10	Over 2.5-3	1
		Over 20	2	Over 150-300	4	Over 3	1
				Over 300-500	3		
				Over 500-800	3		
				Over 800-1M.	0		

TABLE III

		Males		Females
PROTEIN mgm	Range Average	3-18 8	3-21 8	5-18 8
CASTS	Range Average	0-7.280 1.379	0-7.280 1.926	0-4.000 455
R. B. C.	Range Average	0-949.290 299.068	0-580.000 418.218	0-949.200 179.218
W. B. C.	Range Average	2.140-3.000.000 346.061	2.140-2.000.000 187.922	11.400-3.000.000 504.200

TABLE IV

		Lyttle's	Addis	Goldring's
PROTEIN mgm	Range Average	3-47 18.5		3-60 14-6
CASTS	Range Average	0-12,916 1,085	0-4270 1,040	0-9200 647
R. B. C.	Range Average	0-129,000 15,181	0,425,000 65,750	0-1,530,000 163,000
W. B. C.	Range Average	9,000-2,822,000 322,184	32,400-1,835 322,500	24,000-3,400 M 647,500

TABLE V

PROTEIN	13 mgm
CASTS	1,232 - 2,000
R. B. C.....	157,125 - 200,000
W. B. C.....	334,122 - 400,000 - 1M.

The diagnosis of theses cases was obvious on admission, since they had the classical picture of an Acute Hemorrhagic Nephritis with characteristic bloody urine. The test was not performed in the acute stage of the disease for two reasons; first because the diagnosis had already been made; and second, on account of the critical condition of the patient. However, it was carried out in the active stage of the disease at irregular intervals. In two of the cases it was possible to repeat the test until it was negative. In the other two cases the sediment count showed a million or more red blood cells, white blood cells, epithelial cells, and more than ten thousand casts on discharge from the hospital. Unfortunately there was no cooperation so these cases could not be followed in the Out-Patient Department.

CEREGUMIL

**ALIMENTO COMPLETO
A BASE DE CEREALES
• Y LEGUMINOSAS •**

**Especial para niños, ancianos,
enfermos del estómago y conva-
lecientes. . . . Insustituible como
alimento en los casos de intolerancia
gástrica y afecciones intestinales. . . .**



EL CEREGUMIL

constituye el ali-
mento más rico en
vitaminas; contiene
principalmente la
vitamina B y la vi-
tamina A, reclama-
das por el funcio-
namiento normal
del organismo.

Muestras y literatura a dis-
posición de los señores mé-
dicos que las soliciten del

Sr. Paulino Vinuesa

Tel. M-1304

Apartado 1776

HABANA

**LABORATORIOS
FERNÁNDEZ Y CANIVELL
MÁLAGA-ESPAÑA.**

HORMANTOXONE

PRINCIPIO ANTITÓXICO DEL HÍGADO

EXTRACTO CONCENTRADO Y ESTABILIZADO

TRATAMIENTO ESPECÍFICO DE LOS TRASTORNOS
DE LA FUNCIÓN ANTITÓXICA DEL HÍGADO

ANAFILAXIS, INTOLERANCIAS ALIMENTICIAS, DERMATOSIS,
TOXI - INFECCIONES, OLIGURIAS, AUTO Y HETERO - INTOXICACIONES,
INSUFICIENCIAS DE LA FUNCIÓN ANTITÓXICA.

SAPROXYL

COMPLEJO DE GLUCOSIDOS PARA EL
TRATAMIENTO FISIOLÓGICO DE LAS
INFECCIONES, FERMENTACIONES NOCIVAS
Y PUTREFACCIONES INTESTINALES

INDICACIONES

ENTERITIS AGUDAS, SUBAGUDAS O CRÓNICAS - GASTROENTERITIS -
COLITIS (colon ascendente o transverso) FERMENTACIONES NOCI-
VAS-PUTREFACCIÓN INTESTINAL-DIARREAS - INFECCIONES INTES-
TINALES ESPECÍFICAS: FIEBRES TIFOIDAS y PARATIFOIDAS, DI-
SENTERIAS, COLERINAS, ETC.

LABORATOIRE
Phygiène

Lab. français de spécialités
PHysiologiques et
hyGIÉniques
7, Rue L. Jeannin
Le Garenne (Seine)

MUESTRAS Y LITERATURA:

KAUFMANN Y QUINTANA

APARTADO 1658, HABANA

Essentially our findings have not differed from those found by Addis, thus:

- a. Initial stage was characterized by the increase of red blood cells, casts, proteins, and white blood cells. The major figures were given by the red blood cells and the minor by the proteins.
- b. In the latent stage, when the patient was clinically symptomless, the urine still showed and increased in the red blood cells as the only striking feature of the urinary sediment.
- c. In the active stage there was an increase of the casts, red blood cells white blood cells, and proteins respectively.

It is interesting to mention that one of our patients, after having two normal sediment counts had a recurrence, only shown by the urinary sediment, with a rise in the albumin to 57 mgm, twenty thousand hyaline casts, and eighty three thousand, six hundred red blood cells. This recurrence after a complete remission, seems to be due to a concomitant upper respiratory infection at the time the test was performed. The patient's blood pressure was normal and no evidence of a kidney damage was discovered on physical examination.

In two other cases where the fractional Phenolsulphophthalein Test, Blood Urea, and Serum Proteins were normal, a pathological sediment count was reported with thousands of casts and million of red blood cells. These two patients still were in the acute stage of the disease with edema and hypertension.

In only one case with symptoms or cardiac decompensation with edema, the urinary sediment was loaded with red cells and casts; the Blood Urea Nitrogen and Cholesterol were elevated up to 41 and 381 respectively.

In the following Table is shown the figure found for proteins, red blood cells, casts and white blood cells of the studied cases, ranging from the highest to the normal figure.

PROTEINS	from 350 mgm to normal figure
R. B. C.	„ 368 Million to normal figure
W. B. C.	„ 25 Million to normal figure
CASTS	„ 400 Thousand

The individual record is shown in table VII

RESPIRATORY TRACT CASES

Number: — 30 cases

Age: — from 11 months to 11 years

Sex: — Twelve females and eighteen males

Number of tests: — 75

Number of abnormal Sediment Count found: — 9 (30%)

A brief resume of the nine pathological cases are shown as follows:
(Clinical note and urinalysis same date as Addis)

CASE I.

E. W. Negro child, 1 year of age.

Diagnosis:—Upper respiratory infection, sinusitis, and cervical adenitis.

Addis:—W. B. C. (2,450,000) R. B. C. (1,350,000) Casts (15,150) Hyaline and 35,210 Fine Granular.

Urinalysis:—Trace of albumin. W. B. C. (1-2 P. H. F.) R. B. C. (O) Casts (O).

Clinical note:—High temperature 103 (r). Bilateral Otitis Media. Nasopharyngitis.

Second Addis:—(10 days later) W. B. C. (3,540,000) R. B. C. (890,000) Casts (50,000 Hyaline).

Urinalysis:—Trace of albumin. W. B. C. (1-2 P. H. F.) R. B. C. (O) Casts (O).

Clinical note:—Septic type of temperature. General condition satisfactory. Otitis Media and Upper Respiratory Infection subsiding.

Third Addis: —(4 weeks later) Normal.

Urinalysis:—Negative.

Clinical Note:—General condition satisfactory. Child ready for discharge.

CASE II

T. N. Italian girl, 5 years of age.

Diagnosis:—Pneumonia, Septicemia to Hemophilus Influenza Bacillus.

Addis:—W. B. C. (256,200) R. B. C. (92,400) Casts (23,100 Hayline-46,200. Fine Granular-92,200 Coarse Granular).

Urinalysis:—Negative.

Clinical note:—Temperature 101 (r). Definite signs of a right lower pneumonia and pleural effusion. Upper respiratory infection. Catarrhal Otitis Media.

Second Addis:—(2 days later) W. B. C. (598,000) R. B. C. (150,250) Casts (18,200 Hyaline-12,300 Fine Granular).

Urinalysis:—Faint trace of albumin. Sediment, negative.

Clinical note:—High fever. Signs of consolidation still present. General condition fair.

**ARSENO-
-LANGHAN**

ASCLEPIOS

**CURA DE
ENGORDE**

INSULINA
ARSENICO
ESTRICHINA

LABORATORIOS "ASCLEPIOS" DRS. SUQUET y HERNANDEZ COTO
San Lázaro 305 D, Habana. Tel. U. 5575

Laboratorios Asclepios

DIRECTORES:

DR. MIGUEL SUQUET

DR. JOSE HERNANDEZ COTO

SAN LAZARO, 305-D

TELEFONO U-5575 — HABANA

Luxofenil Asclepios

Baños oculares isotónicos a base de
ácido boroglicérico y hermoftenil, de
propiedades altamente antisépticas y
absolutamente privados de acción
— — cáustica o nociva. — —

Otras Preparaciones de los Laboratorios ASCLEPIOS:

BOROGLISOL: Gargarismos antisépticos.

GADUCAL: Tónico Reconstituyente.

CALCI-IODOL: Recalcificante.

LUXOFENIL: Baños oculares.

OXI-EGADOL: Inyectable anticalarral.

ARSENO-LANGHAN: Estimulante general.

ELIXIR DIGESTIVO: Digestivo.

VAGIDICROL: Lavados vaginales.

Third Addis:—(10 days later) W. B. C. (370,000) R. B. C. (110,000). casts (11,000 Hyaline-86,000 Fine Granular).

Urinalysis:—Negative.

Clinical note:—Normal temperature. Resolution present. General condition satisfactory.

Fourth Addis:—(4 days later) W. B. C. (516,000) R. B. C. (688,000). Casts (86,000 Hyaline-10,250 Fine Granular).

Urinalysis:—Negative.

Clinical note:—Normal temperature. General condition satisfactory.

Fifth Addis:—(2 days later) W. B. C. (380,000) R. B. C. (244,300). Casts (19,650 Hyaline).

Urinalysis:—Negative.

Clinical note:—Normal temperature. General condition satisfactory.

Comment:—No correlation between Sediment Count and routine urinalysis. Abnormal findings present in the acute and sub-acute stage of disease.

CASE III

A. B. Colored girl, 9 years of age.

Diagnosis:—Acute tonsillitis and peritonsillae abscess.

Addis:—W. B. C. (5,032,000) R. B. C. (162,800) Casts (40,700 Hyaline).

Urinalysis:—Negative.

Clinical note:—Temperature 101. General condition satisfactory.

Second Addis:—(2 days later) W. B. C. (1,400,160) R. B. C. (36,200). Casts (10,450 Hyaline).

Urinalysis:—Negative.

Clinical note:—General condition about the same. Temp. 102.

Comment:—No correlation between urinalysis and Sediment Count. Coincidence of abnormal findings with signs of an upper respiratory infection.

CASE IV

J. M. Colored child, 5 years of age.

Diagnosis:—Pneumonia, Empyema, Peritonitis-Pneumococcal, Intestinal Obstruction. Abscess of the Scrotum. Rickets.

Addis:—W. B. C. (1,340,000) R. B. C. (950,000) Casts (25,300 Hyaline-74,125 Fine Granular-48,300 Coarse Granular).

Urinalysis:—Trace of albumin. W. B. C. (Occasional) R. B. C. (O). Casts (O).

Clinical note:—High fever. General condition critical.

Second Addis:—(4 days later) W. B. C. (860,500) R. B. C. (254,120). Casts (38,110 Hyaline-10,250 Fine Granular).

Urinalysis: Negative.

Third Addis:—(10 days later) W. B. C. (532,400) R. B. C. (153,600). Casts (O).

Urinalysis:—Negative.

Clinical note:—Facies Hypocratica. Patient died four days later.

Comment:—No correlation between urinalysis and Sediment Count. Coincidence of abnormal findings with a respiratory tract infection.

CASE V

D. B. Negro baby, 11 months of age.

Diagnosis:—Bilateral lobar Pneumonia. Bilateral Atelectasis Empyema. Acute Peritonitis.

Addis:—W. B. C. (4,540,000) R. B. C. (980,450) Casts (25,150 Fine Granular-10,300 Coarse Granular). Fluids not restricted. Specific gravity 1015.

Urinalysis:—Trace of albumin. Sediment, negative.

Clinical note:—Septic type of temperature. Abdominal disten General condition had become progressi (tion worse until day of exodus, some days vely later).

Comment:—No correlation between Sediment Count and urinalysis. Coincidence of urinary findings with respiratory tract infection.

CASE VI

D. C. Negro girl, 4 years of age.

Diagnosis:—Lobar Pneumonia. Upper Respiratory Infection Sinusitis.

Addis:—W. B. C. (1,890,000) R. B. C. (580,300) Casts (40,300 Hyaline).

Urinalysis:—Negative.

Clinical note:—Low grade of fever. Nasopharyngitis. Ethmoiditis. Pneumonia.

Second Addis:—(4 days latter) Normal.

Urinalysis:—Negative.

Clinical note:—Normal temperature.

Comment:—No correlation between Sediment Count and Urinalysis Coincidence of urinary findings with respiratory tract infection.

CASE VII

A. F. Italian baby, 5 months of age.

Diagnosis:—Upper Respiratory Infection. Mediastinal Tumor.

Addis:—W. B. C. (29,700) R. B. C. (17,820) Cats (5,900 Hyaline).

Urinalysis:—Trace of albumin.

Clinical note:—Low grade of fever Nasopharyngitis and tonsillitis.

Comment:—Casts above upper limits No correlation of urinalysis with Sediment Count Coincidence of urinary findings with respiratory infection. infection.

CASE VIII

F. H. Negro boy, 4 years of age.

Diagnosis:—Infected Traumatic Synovitis. Bilateral Suppurative Otitis Media. Upper Respiratory Infection.

Addis:—W. B. C. (560,280) R. B. C. (76,560) Casts (476,860) Fine Granular.

Urinalysis:—Trace of albumin. Sediment, negative.

Clinical note:—Septic type of fever. Otitis Media. Nasopharyngitis.

Second Addis:—(9 days later) Normal.

Urinalysis:—Trace of albumin. Sediment, negative.

Clinical note: High fever. Leukocytosis. Neutrophilia.

Laboratory data:—Throat culture (Streptococcus Viridans-Strep Hemolyticus. Micrococcus Catarrhalis.

Blood culture:—Negative.

Comment:—No correlation between test and urinalysis. Coincidence of respiratory tract infection with abnormal findings.

CASE IX

S. M. White american boy, 8 years of age.

Diagnosis:—Vincent's Angina.

Addis:—W. B. C. (3,500,000) R. B. C. (950,000) Casts (15,450 Hyaline).

Urinalysis:—Negative.

Clinical note:—Temp. 100 (r). Poor general condition. Stomatitis. Nasopharyngitis.

Second Addis:—(3 days later) W. B. C. (4,774,000) R. B. C. (1,386,000) Casts (0).

Urinalysis:—Negative.

Clinical note:—Stomatitis subsiding. Low grade of fever. Clinical condition better.

Third Addis:—(4 days later) W. B. C. (890,000) R. B. C. (590,000) Casts (2,450 Hyaline).

Urinalysis:—Negative.

Clinical note:—Normal temp. Stomatitis subsided.

PYURIAS

Two cases were followed from the onset until the absolute recovery. The diagnosis was suspected by the clinical picture and corroborated by the routine urinalysis which was loaded with pus cells.

In two cases out of ten the Sediment Count, done at one, two week intervals or longer, showed abnormal changes with increased number of red blood cells and casts. These findings suggest that kidney parenchyma was involved as has been pointed out by others to be the case in the so called pyuria. We should say that in these cases the white blood cells were the last urinary elements to disappear from the sediment, in contrast with the cases of acute nephritis in which the red blood cells are the last to approach normal figures. The Addis Sediment Count was not carried out for purposes of diagnosis but to follow the cases by means of this quantitative method so as to estimate the urinary sediment changes which are likely to occur in cases of Pyelonephritis.

PYOGENIC INFECTIONS

Two cases of a total of six (33%) showed an abnormal Sediment Count the resume of which follows:

(Clinical note and urinalysis same date as Addis)

CASE I

S. M. White american boy, 9 years of age.

Diagnosis:—Staphylococcus Septicemia. Dental Abscess.

Addis:—W. B. C. (1.494.000) R. B. C. (252.000) Casts (9.000 Hyaline—(234.000 Fine Granular—405.000 Coarse Granular).

Urinalysis:—W. B. C. 3-4 P. H. F.) R. B. C. (Occasional) Casts (Few hyaline and granular).

Clinical note:—Patient unconscious. Septic type of fever. Embolic gangrene of the fingers and toes. Diarrhea.

Comment:—At autopsy multiple infarcts in both kidneys were found.

CASE II

White american girl, 6 years of age.

Diagnosis:—Hemolytic Streptococci Septicemia.

Addis:—W. B. C. (35.000.000) R. B. C. (2.350.000) Casts (100.00 Fine Granular).

Urinalysis:—Albumin +. W. B. C. (2-3 P. H. F.) R. B. C. (1-2 P. H. F.) Casts (0).

Clinical note:—Septic type of fever. Patient deeply prostrated Symptoms of meningeal irritation.

Second Addis:—(3 days later) W. B. C. (20.545.000) R. B. C. (12.150.000). Casts (58.000 Hyaline—140.000 Fine Granular).

Urinalysis:—W. B. C. (2-3 P. H. F.) R. B. C. (1-2 P. H. F.) Casts (0). Albumins +.

Clinical note:—Patient comatous High fever. Meningitis. Pneumonia.

Comment:—At autopsy multiple infarcts in both kidneys were found.

DISCUSSION

It is not our purpose to make any definite statement about the value of this test, because it is impossible to draw any conclusion from a small number of cases. However, in regard to it, allow us to comment upon our findings as well as to infer some commentary from what has been done and reported by other workers concerning its value in children.

If one agrees with Addis in considering a person who excretes proteins, red cells, and casts, above the figures considered as normal limits, as one suffering from nephritis, the value of this test should not be doubted, for it afford an easy and early way to discover kidney damage, even when other tests fail to show any impairment of the renal function. The question however, arises as to whether it should be considered an accurate test in children where the performance of it is met with the following unfavorable factors:

- a. Difficulty in the restriction of fluids, according to Addis's original method.
- b. Wide variations among the figures given for definite normal standards.

Substantiating the above facts, Addis makes the following statement "At least for clinical purposes, we want to know the rates in terms of orders of magnitude. It is immaterial whether the urine contains one million or one million one hundred thousand casts, although it is, essential to be certain whether there are thousands tens of thousands, hundreds of thousands, or millions."

Regarding a definite opinion concerning this method in diagnosis nephritis, the results as shown by our figures, which are not uniform, would suggest that we adopt the wisdom of good clinical judgment for it is known that medicine is not an exact science. Therefore, I believe that is not practical to substitute the Addis Sediment Count for the routine method of centrifuging the urine, except in those cases in which we suspect some renal pathology, for our diagnostic and prognostic criteria have been developed on the interpretation of the routine centrifuged urinalysis. However, with a more accurate laboratory test as the Addis Count, we might find it necessary to change some of our present concepts of renal disturbance.

SUMMARY

The Addis Sediment Count was carried out in a series of fifty normal and fifty diseased children aged 1 to 12 years. A comparison with the figures given by other workers was done. An attempt to approach standards figures was set up by averaging our figures with Lyttle's.

BIBLIOGRAPHY

- ADDIS, THOMAS. J. A. M. A., 1925, LXXXV, 163. A clinical classification of Bright's Disease.
- LYTTLE, D. JOHN. Journal of Clinical Investigation, XII, 87. The Addis Sediment Count in Normal Children.
- ADDIS, THOMAS. The Renal Lesion in Bright's Disease. Harvey Lectures 1927-1928.
- GOLDRING W., AND WYCKOFF, J. Jour of Clinical Investigation, 1930, VIII, 569. Studies of the Kidney in Acute Infection. Observations with the urine Sediment Count (Addis) in Acute Rheumatic Infection.
- SHEVKY, M. C., AND STAFFORD, D. D. Arch. Int. Med., 1923, XXXII, 222. A Clinical Method for the Estimation of Protein in Urine and other Body Fluids.
- ADDIS, THOMAS, AND OLIVER, J., The Renal Lesion in Bright's Disease. Hoeber, New York, 1931.
- LYTTLE, D. JOHN, J. CLIN. Invest, 1933, XII, 95. The Addis Sediment Count in Scarlet Fever.
- ADDIS, THOMAS. A., Bull. Johns Hopkins Hosp. 1931, XLIX, 203. Hemorrhagic Bright's Disease. I. Natural History.

LA PRUEBA DE ADDIS EN EL NIÑO NORMAL
Y PATOLOGICO.

RESUMEN

Se refiere este trabajo a la comprobación de la prueba de Addis realizada en cincuenta niños normales y cincuenta patológicos, la mayor parte hospitalizados.

Trabajo realizado por el Dr. Emilio V. Soto Pradera en el Children's Hospital de Philadelphia.

Esta prueba se refiere a la determinación del número de elementos organizados contenidos en la orina, estudiados en la recolección

de una mezcla de las orinas de doce horas; entendiéndose por Addis que de esta manera puede amenudo determinarse la existencia de una lesión renal, aprovechando el estudio del sedimento urinario en orinas ácidas y concentradas cuya gravedad específica es superior a 1.020, preservándose así los cilindros y las células. Fué Thomas Addis en 1925 el primero en determinar la influencia en algunos agentes físicos en la formación de determinados elementos del sedimento urinario, expresando asimismo la importancia que en la conservación de los mismos ejerce la gravedad específica y la concentración hidrogeniónica. Esto fué el fundamento del método de Laboratorio conocido con el nombre de prueba de Addis, que sirvió asimismo para la clasificación de este autor de las Nefritis en los pacientes adultos.

Este método se realiza previa la restricción de líquidos durante doce horas antes de la recolección de las muestras de orina; cuidando asimismo de la conservación de la reacción urinaria para prevenir el lisado de cilindros y hematíes que tan amenudo ocurren en las orinas alcalinas. La determinación de la gravedad específica es uno de los puntos más interesantes de la prueba.

En los niños es casi imposible restringir los líquidos durante todo el tiempo señalado por Addis, razón por la cual el autor introduce una pequeña modificación consistente en el llamado método de Lyttle, o seáse la supresión de los líquidos durante la tarde y la noche excepto en la comida última en que se permiten 200 cc. La mayor parte de los niños a que se refiere este trabajo fue hospitalizada. Se adoptó para su estudio el procedimiento siguiente:

- A.—Supresión de líquidos durante la tarde.
- B.—Vaciamiento de la Vejiga antes de la recolección de la orina para ser estudiada; record del tiempo exacto de vaciamiento de la vejiga.
- C.—No líquidos entre las siete de la noche y las seis de la mañana.
- D.—Recolección de toda la orina de las siete de la noche a las siete de la mañana en un frasco en el que se deposita una solución de Formalina al 10%. Conservación de las muestras en hielo.

El propósito de este trabajo es no solamente verificar o comprobar lo que ya ha sido comprobado por otros autores, sino contribuir

al aumento de nuestros presentes conocimientos adicionando las cifras obtenidas por nosotros, comparándolas por las tablas presentadas por los demás autores; teniendo en cuenta sobre todo, que éstas se refieren al individuo adulto y por tanto nuestra intención es tratar de establecer los standards correspondientes al niño.

Nos hemos ajustado en la manipulación de las muestras a las instrucciones recomendadas por Addis.

Cincuenta niños normales

Número de pruebas . . .	100	Edad de 1 a 10 años.
Varones 30 casos	(60%)	Hembras 20 casos (40%).
Blancos 26 casos	(52%)	Negros 24 (48%).

Los resultados se señalan en las tablas I, II, III, IV, V.

En esta serie han sido incluidos niños hospitalizados por Hernias, Malformaciones, Ectopia Testicular y Apendicitis, en todos los cuales se consideraba normal el tractus urinario. En todos los casos las temperaturas fueron normales y el examen físico negativo. Se siguió la recomendación de Addis cateterizando las hembras, aun cuando un cuidadoso lavado en la vulva en las niñas antes de la recolección de las muestras puede ser suficiente; sin embargo, ésto determinaría un aumento en el porcentaje de leucocitos y células epiteliarias en las hembras cuya orina no sea recogida por cateterismo.

Hemos estudiado sucesivamente el contenido de la orina en albúminas, cilindros, la mayor parte de los cuales fueron siempre cilindros hialinos. Hematíes. Leucocitos y células epiteliarias.

Se establece asimismo en el curso del trabajo un estudio comparativo entre la prueba de Addis y el análisis de orina rutinario y finalmente se ofrecen las tablas correspondientes para la lectura de la prueba.

Para administración oral en el tratamiento de
las Infecciones Estreptocócicas Hemolíticas —

SULFANILAMIDA

(Paraaminobenzenesulfonamida)

Las Indicaciones Terapéuticas incluyen —sepsis puerperal aguda; erisipela; tonsilitis; y las complicaciones imputables al estreptococo hemolítico en la escarlatina, la fiebre reumática y el sarampión.

Los informes clínicos rendidos indican que este medicamento puede resultar valioso para infecciones de otros tipos, sobre todo las meningocócicas.

La droga se excreta con rapidez—parcialmente en forma acetilada en la orina—y está indicada una dosis diaria para el mantenimiento durante algunos días.

La dosis sugerida es no menos de 5 granos (0.325 gramo) por cada 20 libras de peso corporal durante las primeras 24 horas del tratamiento. Repítase un segundo día si es necesario y después se puede dar la mitad de esa cantidad para mantener una concentración eficaz en la sangre.

El nombre "SULFANILAMIDA" fué sugerido últimamente por el Consejo de Farmacia y Química de la Asociación Médica Americana como más conveniente para designar la paraaminobenzenesulfonamida.

ENVASES: Frascos de 25 y 100 Tabletetas 5 granos (0.325 gramo) cada una.

LEDERLE LABORATORIES CO.

APARTADO 509, HABANA



SULFANILAMIDA

Lederle

PRODUCTOS INGLESES
Laboratorios GLAXO (Inglaterra)

GLUCOSE - D

GLAXO

Alimento de las células orgánicas.
Suministra inmediata energía por
simple osmosis. Acción sedante
por su glicerofosfato y fijador D.

-- De uso por Excelencia en: --
afecciones cardiacas y hepáticas — procesos febriles — anestesia — vómitos acetonémicos —
aparatos digestivo y respiratorio.

AL PRESCRIBIR ESTE PRODUCTO ESPECIFIQUE: "GLUCOSE - D, GLAXO"

FERSOLIN

Tabletas sulfato ferruginoso, cobre, manganeso.

Acción sumamente efectiva en el tratamiento
de todas las deficiencias de hierro: anemia hipocrómicas,
ferriprivas y microcíticas.

Perfecta dosificación en todas las edades.

PROFILACTICO ANTI-INFECCIOSO MAXIMO EN LACTANCIA

Tres Gotas **ADEXOLIN** En cada Toma

ASOCIACION ESTANDARDIZADA VITAMINAS A & D.

Exsanguíneo - Tranfusión Versus Transfusión en el Tratamiento de la Toxi-Infección Intestinal del Lactante

POR EL DR. AGUSTÍN CASTELLANOS,

Profesor Agregado de Pediatría

El año pasado tuvimos la oportunidad de mantener en distintos centros científicos del Canadá, los puntos de vista de la Escuela Pediátrica Cubana en relación con el empleo de la inyección intravenosa de sangre homóloga en la terapéutica de las toxi-infecciones intestinales del lactante.

En todo el Este del Canadá, incluso en los Servicios de Clínica Infantil de la Universidad Laval, de Quebec, la transfusión de sangre es un método *de excepción* en el niño. En el Oeste, en cambio, se practica más, dándose muchas veces preferencia a la exsanguíneo-transfusión.

Este último método se ha utilizado entre nosotros y en nuestra cátedra, recordamos que en el verano del 1928 se practicaron, en el Servicio del Prof. Hurtado (Hospital Mercedes), numerosas exsanguíneo-transfusiones en las toxi-infecciones del niño. Entonces el Dr. Gómez del Río estaba hecho cargo del Servicio de Lactantes, en la Sala "Manuel de la Cruz", del Hospital Mercedes. En aquella época estaba yo encargado del Laboratorio, y eso me permitió realizar bastantes exámenes químicos de la sangre, extraída antes y después de practicado el método. Esta oportunidad y la observación de otros enfermos tratados de igual modo, nos han hecho tener una opinión particular de la exsanguíneo-transfusión.

Dividimos este trabajo en cuatro secciones:

A—Exsanguíneo-transfusión de sangre en la toxi-infección.

B—Técnica seguida por nosotros. Métodos de química sanguínea.

C—Casos tratados. Historias clínicas.

D—Exsanguíneo-transfusión.—Transfusión de sangre total simple.—Modos de acción.—Ventajas.

Por último, sintetizamos nuestras apreciaciones en unas conclusiones.

A.—*Exsanguíneo-transfusión en la toxi-infección intestinal.*

Los primeros trabajos sobre esta materia en la infancia, fueron realizados por la Escuela Canadiense de Toronto, en el 1921.

Bruce Robertson, Alan Brown y Roy Simpson, presentaron una monografía en el cuadrigésimo sexto Meeting Anual del Oregon State Medical Association, titulada *Blood transfusion in children. Its indications and limitations. From an analysis of 600 cases.*

Entre las indicaciones numerosas que según los autores tienen, tanto la transfusión simple como la precedida por una sangría más o menos abundante, colocan a las diarreas prolongadas y a las intoxicaciones agudas alimenticias.

La técnica utilizada por los autores fué la siguiente: el niño es sangrado primero hasta que presente signos de pérdida de sangre, taquicardia, hipotensión, disnea, etc. Entonces se le inyecta una cantidad adecuada de sangre total, habiéndose utilizado en todos los casos la sangre estabilizada con citrato de sodio.

Si el niño tiene la fontanela abierta todavía, se hace una punción del seno longitudinal, y por este lugar se hace la extracción de la sangre; si el niño es mayor, la sangre es extraída de la yugular externa, de la femoral o de la arteria radial. Esto era necesario porque las otras venas superficiales o fácilmente accesible, no dan con facilidad la cantidad de sangre necesaria para la sangría. La inyección es practicada casi siempre a través de una cánula introducida en el maleolo interno, en la safena interna.

La cantidad de sangre extraída varía con la edad y peso de los enfermos, así como también con las condiciones clínicas de los niños enfermos, pero nunca fué menor de 80 o 100 cc. La cantidad de sangre inyectada, siempre fué muy superior a la extraída; pero des-

pués que se restablecía al niño la cantidad de sangre extraída, se continuaba inyectando la misma cantidad que se extraía, de modo que entonces una cantidad de la sangre del donante era extraída.

Si durante la sangría aparecían síntomas de colapso circulatorio, se aplicaba enseguida una inyección de clorhidrato de adrenalina; la adrenalina en estos casos produce una palidez notable en los niños, al mismo tiempo que el pulso se hace más perceptible y menos frecuente. Desde luego, cuando esto ocurría, la sangría se detenía y se inyectaba sangre inmediatamente con una jeringuilla graduada de 100 cc. de capacidad.

La cantidad final de sangre inyectada era alrededor de 16 cc. de sangre por libra de peso en los niños menores; en los mayores se inyectaba una cantidad proporcionalmente menor.

La inyección de la sangre se hacía lentamente, por intensos que fuesen los síntomas de pérdida de sangre; la velocidad promedio era de 100 cc. en tres minutos.

En cuanto a reacciones posteriores, la exsanguíneo-transfusión como la transfusión simple de sangre total, puede dar origen a dos clases de accidentes: los mecánicos y los humorales o serológicos.

Los autores tuvieron algunos accidentes, dos de ellos mortales; pero hay que hacer notar que siguiendo la llamada ley de Ottemberg, ellos inyectaban con frecuencia sangre del grupo IV, a enfermos, teniendo otros grupos sanguíneos, basándose en el principio de la dilución de los aglutinógenos. Los mismos autores manifestaron que el empleo de grandes cantidades de sangre de donantes del grupo IV, a enfermos de otros grupos, no ponía a salvaguardia de accidentes de incompatibilidad sanguínea. Las mecánicas se han hecho imposible desde el momento que se lleva un absoluto control de la cantidad de sangre extraída e inyectada. Por otra parte, la mayor parte de los enfermos a quienes le practicaron este método, tenían siempre disminuído el volumen sanguíneo circulante con mayor o menor cuadro de deshidratación.

En el mismo año, Bruce Robertson publicó un trabajo sobre la importancia de la exsanguíneo-transfusión en las quemaduras graves de los niños. Las experiencias fueron realizadas en el Hospital for Sick Children, Toronto, Canadá.

El profesor G. F. Powers, profesor de Pediatría de la Universidad de Cornell, en su trabajo sobre "Blood transfusion as a therapeutic procedure", publicado en el Vol. I, capítulo XIV del *Brenemann's Practice of Pediatrics*, le dedica algunas líneas a este pro-

cedimiento, lo mismo que el artículo publicado por él en el Am. J. Dis. Child. 32:232, 1926, con este título: "A comprehensive plan of treatment for the so-called intestinal intoxication of infants".

B.—*Técnica seguida por nosotros.—Métodos seguidos en los exámenes químicos de sangre practicados en los enfermos.*

Sin conocer la técnica de Bruce Robertson y sus colaboradores, el profesor auxiliar de la Cátedra, Dr. Félix Hurtado, después de algunos tanteos, llegó a dominar el sistema siguiente, seguido de un éxito completo en todos los casos, en cuanto al procedimiento en sí.

Se llegó a la conclusión de que la única vía que permitía extraer sangre en cantidad abundante en el niño deshidratado y mostrando un colapso circulatorio más o menos intenso, era el seno longitudinal, pues es de fácil acceso y su calibre, así como el debit sanguíneo que posee, permite extraer, en pocos minutos, una cantidad grande de sangre. Todos los enfermos tenían la fontanela anterior abierta, pues eran lactantes, y en todos era posible introducir la aguja especial para esta punción.

Para inyectar, era indiferente la vena mediana basilíca o mediana cefálica, o la safena interna a nivel del maleolo interno. La yugular externa no era nunca utilizada, pues como que se utilizaba el seno longitudinal para la extracción, no se podía al mismo tiempo inyectar la vena yugular superficial.

Para que el método se pudiera poner en práctica y no hubiera interrupción durante el mismo, siempre intervenían los mismos individuos, cada uno ocupando siempre el mismo lugar. Esto lo consideramos, desde los primeros momentos, como un hecho indispensable, pues se requiere formar lo que se llama un "team" perfectamente entrenado. El número de personas que tienen que intervenir en la operación es muy crecido como veremos enseguida.

El niño se coloca en una pequeña mesa en decúbito supino, con la cabeza colocada en la terminación misma de uno de sus extremos. A un lado de esta mesa, unos dos metros o dos metros y medio, se dispone una cama o carro-camilla en el que se acuesta el donante. Entre las dos mesas citadas se coloca otra, más pequeña, que contiene los recipientes con suero fisiológico para ir lavando las jeringuillas a medida que se van utilizando.

Primero se coloca la cánula de Lindeman en una de las venas del codo o en una de las safenas. Después se hace la misma operación en el donante. Por último, se punciona el seno longitudinal y se comienza a hacer la extracción de la sangre del mismo. Se utilizan jeringuillas de 10 cc. si el niño es muy pequeño, y de 20 cc. si es mayor, 16 o 20 meses, por ejemplo. Se va extrayendo la sangre del seno mientras se anota cuidadosamente el pulso, la respiración, los ruidos cardíacos, etc. Cuando el pulso se acelera demasiado, la respiración toma caracteres disneica, la cara se hace más pálida, etc., entre 80 y 140 cc., según la edad y peso del niño, así como también de las condiciones clínicas, deshidratación, existencia o no de desfallecimiento cardíaco, etc., se suspende la sangría y se inyecta aproximadamente la cantidad de sangre que se ha extraído. Una vez hecho esto, se continúa inyectando al mismo tiempo que se extrae la misma cantidad que se inyectó. Por ejemplo, se inyectan 20 cc. y se extraen por el seno 20 cc. Esta operación se hace un número considerable de veces, cuantas más veces mejor, pues la renovación de la sangre será tanto más completa cuanto más cantidad de sangre del donante se inyecte y más cantidad de sangre del enfermo se extraiga.

Decíamos hace un instante que el número de personas que deben intervenir en la operación es muy ercrido. En efecto, el niño necesita ser atendido por dos personas: una para que mantenga la cabeza sólidamente fijada a fin de que la aguja no se salga del seno longitudinal, y la otra sujeta las piernas y el brazo por el cual se hace la inyección de la sangre del donante. Una tercera persona extrae la sangre del donante, otra inyecta la sangre del donante al enfermo y otra lava las jeringuillas con suero fisiológico. Otra persona extrae la sangre del seno. Las jeringuillas usadas en la extracción de sangre del seno longitudinal pueden ser lavadas por la misma persona que lava las jeringuillas que sirven para inyectar al enfermo. Por último, otra persona, la que dirige el "team", será la que examina clínicamente al enfermo, y en cualquier momento puede detener el método o imprimirle la variación que sea necesaria en relación con los síntomas del enfermo. No menos de seis personas, pues, son las que tienen que intervenir en la operación para que desde el comienzo hasta el final no existan dificultades de ninguna especie.

Teóricamente se debería poder sustituir totalmente la sangre del niño enfermo por la del donante, pero en la práctica se tropiezan con grandes inconvenientes. Por ejemplo, hemos observado que cuando se han extraído varias jeringuillas de sangre por el seno longitudinal,

cada vez, la sangre fluye con menor facilidad, hasta que llega un momento que sale muy lentamente; desde luego, que usando una aguja de seno que tenga un calibre interior apropiado, este hecho se observa más tardíamente, pero siempre se observa; esto obliga al que actúa a inyectar uno o dos centímetros cúbicos de suero fisiológico por la aguja, o introducir, a través de ella, un arma o alambre delgado para quitar cualquier coágulo pequeño que esté obstruyéndola interiormente. De todos modos, esto es una dificultad que nosotros hemos encontrado y que casi siempre hace que después de haber extraído un número variable de jeringuillas del seno, tengamos que suspender el método. Otras veces al hacer la conexión o la desconexión con la jeringuilla, la aguja se sale del seno longitudinal y hay que volver a puncionarlo; esto también sucede cuando la cabeza del niño no está bien inmovilizada y se mueve bruscamente de un modo imprevisto. Lo mejor entonces es hacer la nueva punción del seno lo más lejos posible de la anterior.

De todos modos, una cantidad apreciable de sangre del paciente puede ser extraída, aunque dudamos si podría pasarse de la mitad de la sangre circulante por las condiciones mismas en que se hace el procedimiento. Hay que pensar que primero se extrae una cantidad grande de sangre del paciente, 80 o 100 cc., lo que equivale a $1/10$ o un $1/8$ cuando más, de la sangre total circulante del niño. Después por cada 20 cc. que se inyectan se extraen otros 20 cc., pero solamente cuando esta operación se practica más de 40 veces es cuando una cantidad proporcionalmente muy grande de sangre del enfermo es que ha sido extraída. Por ejemplo, veamos este caso. Supongamos un niño de 20 libras de peso y un año de edad. De sangre circulante tiene aproximadamente 80 cc. por kilo, unos 720 cc. de sangre total. La cantidad prudencial que puede extraerse es de 100 cc., pues el enfermo tiene un cuadro de deshidratación en el cual siempre hay una disminución del volumen sanguíneo circulante. Así, hay que suponer que en lugar de los 720 cc. de sangre teóricamente calculados, deben existir unos 600 o 620 cc., de modo que, calculando los 100 cc. extraídos, le quedarán al niño unos 520 cc. Si ahora inyectamos 100 cc. del donante, el volumen sanguíneo se eleva a 620 nuevamente. Si a los 620 cc. le inyectamos otros 20 cc. y extraemos del niño 20 cc., acto seguido resultará que realmente hemos extraído unos 4 cc. de sangre del donante y 16 del niño. Luego, toda la sangre que se extrae no es del niño exclusivamente, sino también pertenece al donante.

Así se comprende que para realmente sustituir de un modo completo la sangre del paciente por la del donante, es necesario hacer las inyecciones y sustituciones tan numerosas, que generalmente por algún motivo, no se puede hacer.

Otro método que nosotros usamos en una ocasión con muy buen resultado es el siguiente: se extraen al niño 60 u 80 cc. y se reemplazan por sangre del donante aun cuando todavía el paciente no tiene síntomas de pérdidas de sangre. Después se extraen otros 60 cc. y se le inyectan otros 60 cc. Este sistema de extraer más cantidad de una sola vez e inyectar la cantidad extraída, nos parece muy superior, pues la sangre sale por el seno mejor cuando es extraída rápidamente.

Otro punto interesante de la técnica es el que se refiere a la selección del donante. En todas las transfusiones nosotros tuvimos la precaución de utilizar solamente donantes del mismo grupo sanguíneo que la del paciente, pues siempre nos ha parecido que a pesar de las razones de orden teórico dadas, era más aconsejable inyectar grupos sanguíneos de la misma clase.

En ninguno de los casos en que nosotros practicamos la exsanguíneo-transfusión, existieron accidentes de ninguna clase, ni mecánicos ni humorales. Tampoco observamos consecuencias graves de la punción del seno longitudinal. En un caso que falleció a las 24 horas aproximadamente de la práctica de este método, se practicó la autopsia y no se encontró daño especial ninguno en los tejidos nerviosos situados cerca del seno.

Métodos químicos empleados.—La reserva alcalina se determinó siguiendo el método clásico de Van Slyke. El nitrógeno uréico por el método de la urease, utilizando después el reactivo de Nessler para la colorimetría. El nitrógeno total no protéico por el método de Folin-Wu. El ácido úrico por el método de Folin. La creatinina por la técnica de Folin-Wu. El colesterol por el método de Bloor. Las sales biliares por el método del profesor Pzillard. La volumetría globular se hizo con una centrífuga a 6,000 revoluciones por minuto, durante 10 minutos.

En todos los casos, cuando se empezaba el procedimiento, se tomaban los 20 cc. primeros de sangre, extraídos por el seno longitudinal, para hacer el examen químico. Se utilizaba como cuerpo anti-coagulante el oxalato de potasio al 20% en la proporción de una gota de la solución por cada 5 cc. de sangre. Entonces se hacía la exsanguíneo-transfusión y una vez terminada ella, por el mismo seno

se extraían 10 o 20 cc. de sangre más, y entonces se utilizaba esta sangre para volver a hacer otro examen químico de la sangre. En algunos enfermos nosotros pudimos, además, hacer un nuevo examen químico de la sangre, 24 horas o más tiempo después de practicada la exsanguíneo-transfusión.

El examen de sangre se practicaba inmediatamente después de hecha la extracción, y cuando no era posible realizarlo el mismo día, se preparaban convenientemente las distintas muestras para que no hubieran errores por este concepto. En más de una ocasión algunos exámenes eran practicados hasta dos veces para tener más seguridad en los resultados, pues ello era posible por la abundante cantidad de sangre de que podíamos disponer.

C.—Relación de los casos tratados.—Historias clínicas de los enfermos.—Evolución y tratamiento de cada uno.

MERCEDES FERNÁNDEZ.—Ingresó en la Sala "Manuel de la Cruz" No. 12, el día 19 de octubre de 1928.—Edad: 7 meses.

Padres vivos y de aspecto saludable, negando antecedentes de sífilis y tuberculosis. Fué siempre un niño anoréxico.

Antes de enfermarse tomaba cada tres horas la siguiente mezcla: leche de vaca, 4 onzas; agua hervida, 2 onzas. 6 tomas al día.

Nació a término en un parto normal. Tenía 7 libras al nacer.

Enfermedad actual.—Hace 12 días empezó a tener fiebres hasta 39° y 40°, con deposiciones amarillas verdosas, con flemas.

Ingresó en el Servicio con una toxi-infección intestinal grave, fascie tóxica, deshidratación intensa y síndrome urinario típico de pielitis intensa.

Tratamiento.—Se le hace exsanguíneo-transfusión comenzándose el método teniendo la niña 41° y pulso inconstante. La cantidad total de sangre extraída al paciente fué de 200 cc. y la inyectada de 250 cc. Tratamiento habitual de las pielonefritis agudas a base de acidificación y alcalinización. Dieta hídrica. Tonicardíacos.

Evolución.—Las primeras 24 horas siguientes a la exsanguíneo-transfusión fueron de una gran mejoría de la niña, especialmente de la fiebre, la que se mantuvo alrededor de 39°. Al día siguiente la temperatura ascendió otra vez a 41°. Al tercer día la niña tiene ritmo embriocárdico, decaimiento profundo, hiper-pirexia, fascie tóxica, trastornos vaso-motores y el síndrome urinario sigue sin modificarse. Es dada de alta, a petición de los familiares, teniendo síntomas evidentes de una miocarditis tóxica mortal, con pulso radial

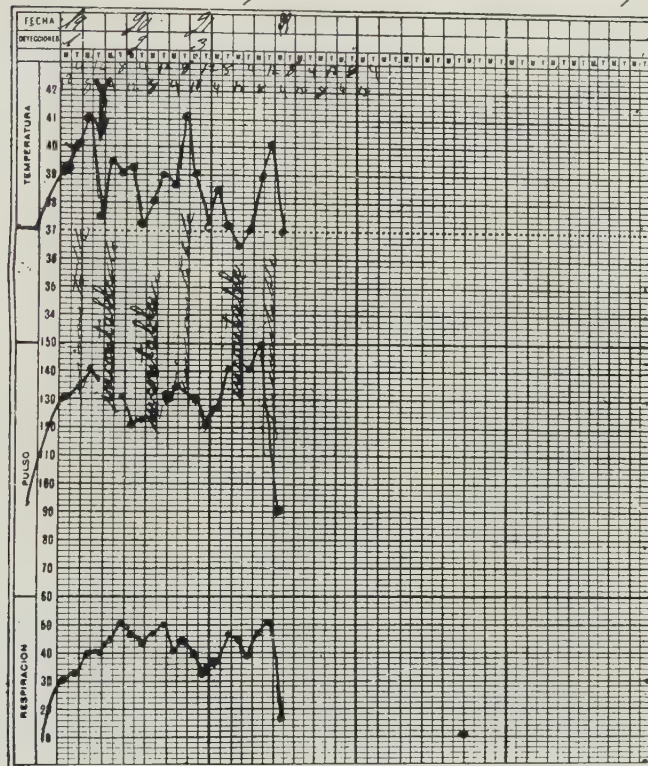
imperceptible en el canal radial, hepatomegalia y cianosis acentuada. No se tuvo más noticia de la niña, pero probablemente debe haber fallecido a las pocas horas de su salida del hospital.

REPUBLICA DE CUBA

Departamento de Beneficencia

"HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"

NOMBRE *Mercedes Fumán* SEXO *F.* EDAD *6 m.*
FECHA DE INGRESO *Oct 19/28* NUM. DE ORDEN *1184*



NOTA.—Esta niña había estado anteriormente en la misma sala "Manuel de la Cruz" cuando tenía pocos días de edad, debido a que nació en la sala "San Antonio", del mismo Hospital Mercedes, teniendo una forma activa de tuberculosis pulmonar. Por esta razón el niño se trasladó tan pronto como nació a la Sala de Lactantes. Allí estuvo desde el 26 de marzo hasta el 12 de abril de 1928. Durante varios meses vivió bien, hasta que en el mes de octubre volvió a ingresar en la sala con la toxi-infección intestinal.

A continuación exponemos el resultado de los exámenes químicos de sangre, practicados antes y después de la exsanguíneo-transfusión:

	Antes	Después
N. total no protéico	0.060%	0.042%
Colesterol	0.094%	0.090%
Nitrógeno uréico	0.040%	0.030%
Van Slyke	40 Vol.	44 Vol.
Volumen globular	40%	41%

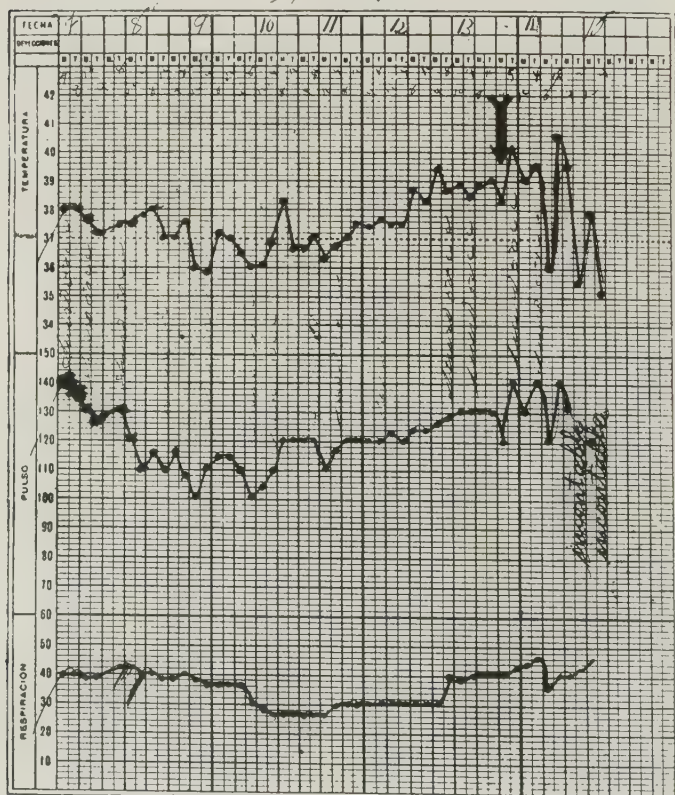
ANA BLANCO.—Edad: 15 días. Raza: blanca. Ingresó en la Sala "M. de la Cruz", cuna No. 15, el día 12 de julio de 1928.

REPUBLICA DE CUBA

Departamento de Beneficencia

HOSPITAL "NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"

NOMBRE ANA BLANCO RAZA Blanca SEXO F EDAD 15 días
FECHA DE INGRESO 12 de Julio de 1928 NUM. DE ORDEN 12



DURANTE EL DESTETE

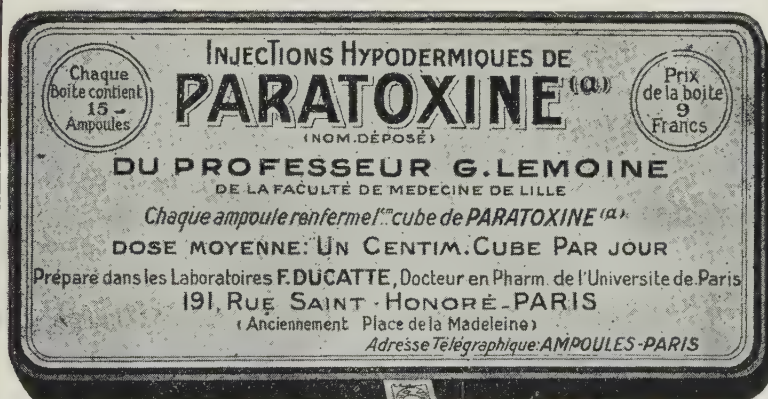
NO OLVIDE PRESCRIBIR A SUS

PEQUEÑOS CLIENTES

LA

HARINA SALVY

LACTEADA
Y
DIASTASADA



— T R E S F O R M A S —

AMPOLLAS A.	PILDORAS	AMPOLLAS B.
Inyecciones subcutáneas	MEDICACION INTERNA	Inyecciones Intra-laringeas

— D O S I S —

Las dosis elevadas son, generalmente inútiles
Las dosis han de ser apropiadas al estado del enfermo

AGENCIA PARA CUBA

SAN MIGUEL 87½.

HABANA

PRODUCTOS LINNER

EN MEDICINA INFANTIL

PRESENTACION	COMPOSICION	INDICACIONES	POSOLOGIA
<u>DIVEROL</u> En Frascos de 300 c.c.	A base de: Ext. de Hígado de Baca- ro, Manganeso, Po- livitaminas.	Raquitismo, Ane- mias, Diarreas cró- nicas, Anorexia, Desnutrición, Adel- gazamiento, Tuber- culosis.	Niños: 3 cuchara- das al día. Adultos: De 4 a 6.
<u>CERVITOL</u> En Frascos de 500 c.c.	A base de: Ext. de Cereales y de Mal- forma de peptona, ta. Proteínas en Sales Minerales y Vitaminas.	Curas de engrase, Anorexia, Debilidad general, Febricitan- te de todo orden. Todo proceso don- de se requiera una alimentación hidro- carbonada tolerable al máximo.	1 cucharada 3 ve- ces al día. Como único alimento o combinado a otra alimentación.
<u>LEVADURINE</u> En Frascos de 300 c.c.	A base de: Leva- duras activas, Lisa- das bacterianos. (T. Lanseraux 1899).	Infecciones pioge- genas, Acne, Fo- rúnculos, Flemones, Antrax., Septicemia Artritis.	De 4 a 8 cuchara- días al día.
<u>TETRASEPTINA</u> Inyecciones: Cajas de 6 Amps. de 5 cc. en dos for- mas: intravenosa o intramuscular (In- doloras). Vía bucal: Tubos de 20 com- primidos.	A base de: Di-Iodo- Metenamina y Po- lisalicilatos. (Oral e Inyectable.)	Estados sépticos lo- cales, Sepsis gastro- intestinal, Sepsis urogenital, Sepsis hepato-biliar.	Inyectable: Vía in- tramuscular e in- travenosa, diaria. Tabletas: 3 al día en agua.
<u>GLUCOSA</u> <u>DIETETICA</u>	A base de: Gluco- sa purísima, Sales de Calcio y Polivi- taminas.	Insuficiencia hepá- tica, Idem. renal, Cardíaca, Infeccio- nes, Intoxicaciones, Diabetes compli- cada.	De 1 a 4 cuchara- das soperas al día. En agua, jugo o leche.

Enfermedad actual.—Ingresa con síntomas dispépticos. Se le hacen indicaciones dietéticas adecuadas y permaneciendo en la Sala presenta, exactamente al mes de estar hospitalizada, un cuadro de toxi-infección intestinal muy grave. Pesaba solamente 5.5 libras. La alimentación que ingirió en la Sala fué a base de leche condensada. Los primeros días la niña mejoró y comenzó a aumentar de peso hasta que sobrevino el cuadro agudo de la toxi-infección.

Temperatura de 39°. Síndrome coleriforme. Fascie tóxica. Hepatomegalia. Intranquilidad extraordinaria. Cianosis.

El día 13 de agosto se le practicó la exsanguíneo-transfusión. Se le extrajeron en total 50 cc. en dos fracciones de 25 cc. cada una y se le inyectaron 100 cc.

Evolución.—Después de este método la fiebre tomó un tipo oscilante, oscilando entre 36 y aun menos, con hiperpirexias hasta de 40.°; el pulso se aceleró, haciéndose después incontable, y con un cuadro muy tóxico falleció el 15 de agosto.

Exámenes practicados antes y después de la exsanguíneo transfusión:

	<i>Antes</i>	<i>Después</i>
Acidos biliares	0.014%	No se determinó
N. total no protéico	0.050%	0.042%
Nitrógeno uréico	0.039%	0.030%
Colesterol	0.070%	0.080%
Van Slyke	30 Vol.	41 Vol.
Volumen globular	31%	39%

ABEL BREÑAS.—22 meses de edad. Ingresó en la Sala “M. de la Cruz” el día 8 de junio de 1928.

Historia familiar.—Madre sana. Padre padeciendo de catarro bronquial crónico. La madre tuvo cuatro hijos, de los cuales el primero falleció de toxi-infección intestinal.

No camina todavía. Pesó al nacer 10½ libras. Primer diente a los dos meses.

Enfermedad actual.—La niña tiene catarros frecuentes desde que nació. Desde los 11 meses tiene trastornos digestivos frecuentes y muchas veces ha tenido mucus y sangre en las diarreas. Hace pocos días presenta cólicos abdominales intensos, diarreas muco-hemorrágicas, además de tenesmo rectal muy intenso.

REPUBLICA DE CUBA

Departamento de Beneficencia

HOSPITAL "NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"

NOMBRE

Hel Brings

RAZA

Blanca

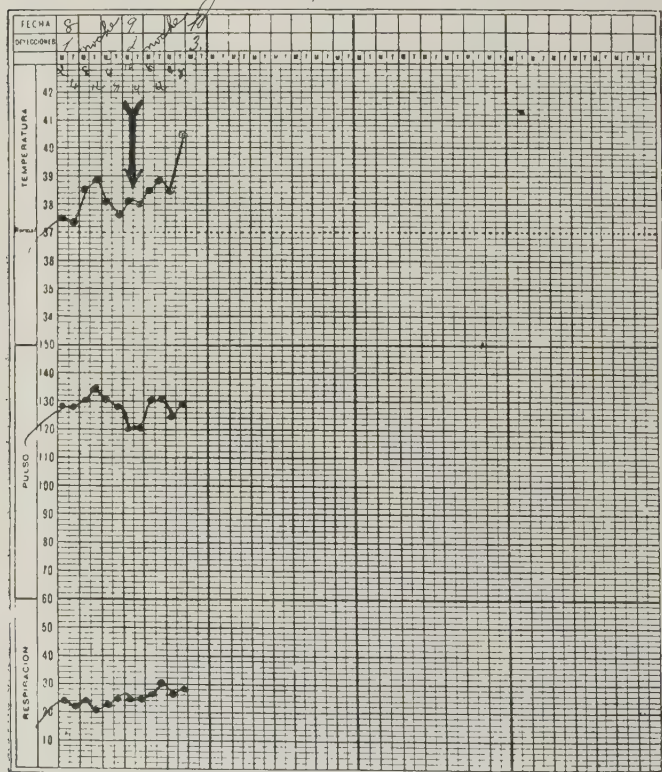
SEXO

Mujer

FECHA DE INGRESO

Junio 8/28

NUM. DE ORDEN

1

Ingresa con una deshidratación extrema. Abdomen excavado. Bazo e hígado, normal. Sistema nervioso, normal.

El niño pesa solamente 12 libras. El tratamiento consistió en dieta hídrica, enemas de glicerina con tanino e hipodermoclasia de suero fisiológico.

CONTRA LAS AFECCIONES
DE LAS VIAS
RESPIRATORIAS

Caisán
INYECTABLE

LABORATORIO

DR. DOMINGO PLASENCIA, S.A.

Campanario 70 - Habana

12
AMPULAS

CAISÁN
INYECTABLE

DR. DOMINGO
PLASENCIA
HABANA

CAISÁN

INYECTABLE

PODEROSO ANTI-INFECCIOSO DE LAS VIA RESPIRATORIAS

FORMULA:

Eucaliptol..... 0.15 grs.
Guayacol..... 0.06 „
Gomenol..... 0.04 „
Alcanfor 0.05 „
Eter etilico..... 0.10 c. c.
Excipiente c. s. para 2 c.c.

INDICACIONES

En todos los estados febriles de Gripe, afecciones catarrales Neumonía, Bronconeumonía, Bronquitis, Pleuresia y en la Tuberculosis pulmonar.

POSOLOGIA:

Niños menores de 1 año:
de $\frac{1}{2}$ a 1 cc. una o dos veces al día.

De 1 a 4 años: 1 a 2 cc. en la misma forma.

Adultos: una ampolleta una o dos veces al día

En la Neumonía y Bronconeumonía, institúyase tratamiento a dosis masiva.



LABORATORIO DR. DOMINGO PLASENCIA, S.A.
Campanario 70-72 — Habana

Evolución.—La temperatura se eleva hasta 39° y el estado general se afecta visiblemente.

El día 9 de junio se le practica la exsanguíneo-transfusión, extrayéndosele 150 cc. de sangre y se inyectaron 200 cc.

El niño falleció al día siguiente.

El resultado del examen químico antes y después es el siguiente:

	<i>Antes</i>	<i>Después</i>
Acidos biliares	0.040%	0.040%
N. total no protéico	0.082%	0.070%
Acido úrico	0.005%	0.004%
Creatinina total	0.003%	0.004%
Nitrógeno uréico	0.052%	No se determinó
Van Slyke	61 Vol.	
Volumen globular	42%	40%
Colesterol		0.130%

MANUEL FRANCO BLANCO.—Edad: 9 meses. Ingresó en la Sala “Manuel de la Cruz”, cuna 7, el día 18 de julio de 1928.

Historia familiar.—Los padres viven y niegan síntomas o estigmas de sífilis y de tuberculosis.

Enfermedad actual.—Parto a término, fisiológico. 7½ libras al nacer. Ingresó en la Sala con el antecedente de que hace dos semanas comenzó a tener fiebres diarias de 37.5 a 38°, habiendo ascendido enseguida hasta 40°. Entonces comenzó a tener 15 o 20 vómitos al día.

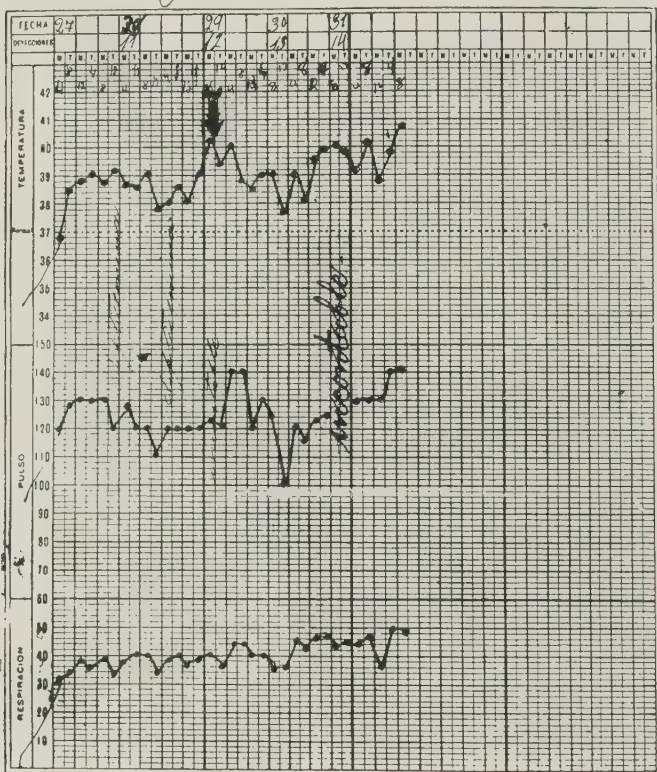
Ingresó con 15.5 libras. Permaneció en la Sala 14 días y falleció el día 31 de julio de 1928.

El día 29, es decir, dos días antes de morir, se le practicó la exsanguíneo-transfusión, habiéndosele extraído 200 cc. y se le inyectó 300 cc.

REPUBLICA DE CUBA

Departamento de Beneficencia

HOSPITAL "NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"

NOMBRE *Manuel Franco* RAZA *Bl* SEXO *M* EDAD *4 m*FECHA DE INGRESO *Julio 16 1928* NUM. DE ORDEN *17*

Exámenes de sangre practicados:

	<i>Antes</i>	<i>Después</i>
N. total no protéico	0.092%	0.069%
Colesterol	0.099%	0.091%
Nitrógeno uréico	0.069%	0.035%
Van Slyke	69 Vol.	60 Vol.
Volumen globular	41%	37%
Acido úrico	No	0.004%

JOSÉ V. CAMAÑO Y GARCÍA.—Ingresó en la Sala "Manuel de la Cruz" el 26 de julio de 1928. Ocupó la cuna No. 8. 4 meses de edad.

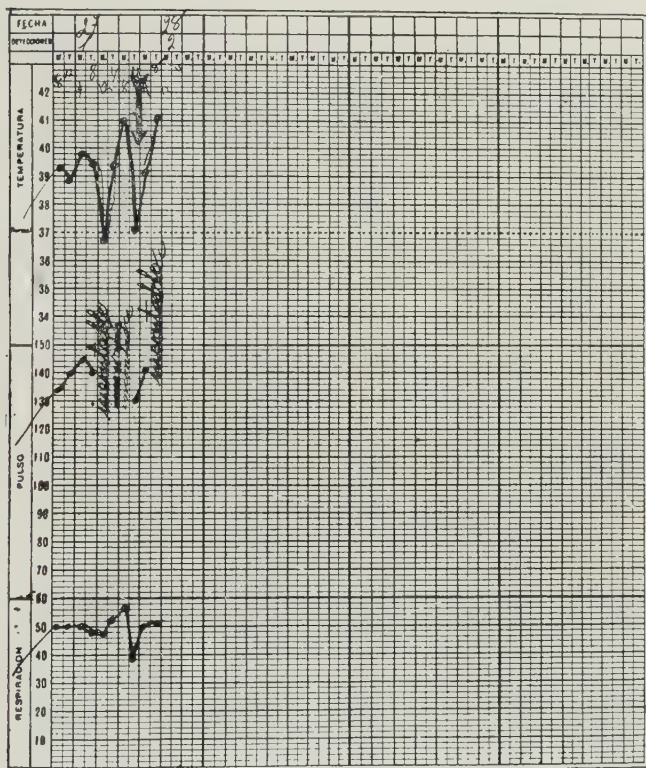
Antecedentes familiares.—La madre está demente. Padre vivo y sano.

REPUBLICA DE CUBA

Departamento de Beneficencia

HOSPITAL "NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"

NOMBRE *José V. Camacho* RAZA *P* SEXO *M* EDAD *4 meses*
FECHA DE INGRESO *Julio 26-1928* NUM. DE ORDEN *Leona #18*



Enfermedad actual.—Antes de enfermarse tenía el siguiente régimen: Leche de vaca: 2½ onzas. Agua hervida: 2½ onzas: Caseí: una cucharadita. 5 tomas al día.

El día antes de su ingreso tuvo fiebre alta y disnea con un poco de tos y entonces le dieron un purgante de aceite de ricino.

El examen clínico demostró signos de broneconeumonía a focos diseminados. No hay síntomas nerviosos. Hígado aumentado. Bazo normal. Síndrome coleriforme secundario. Deshidratación acentuada. Oliguria extrema.

Evolución.—Al día siguiente el estado general se agrava más aún. Se le hace una exsanguíneo-transfusión. La situación del enfermo es muy grave antes de este método. Taquicardia con ritmo embriocárdico. Hiperpirexia. Cianosis. Reacción encéfalo-meníngea.

Se le extrajeron 200 cc. de sangre y se le inyectaron 280 cc.

El resultado de los exámenes químicos practicados es el siguiente:

	<i>Antes</i>	<i>Después</i>
Nitrógeno total no protéico	0.130%	0.100%
Nitrógeno uréico	0.081%	0.039%
Van Slyke	73 Vol.	46 Vol.
Acidos biliares	0.022%	No se determinó
Cholesterol	0.139%	0.120%
Volumen globular	39%	40%

Falleció el día 28 de julio sin que se le pudiera practicar la autopsia.

CARLOS BORGES CRUZ.—8 meses de edad. Ingresó en la Sala "M. de la Cruz" el 13 de junio de 1928.

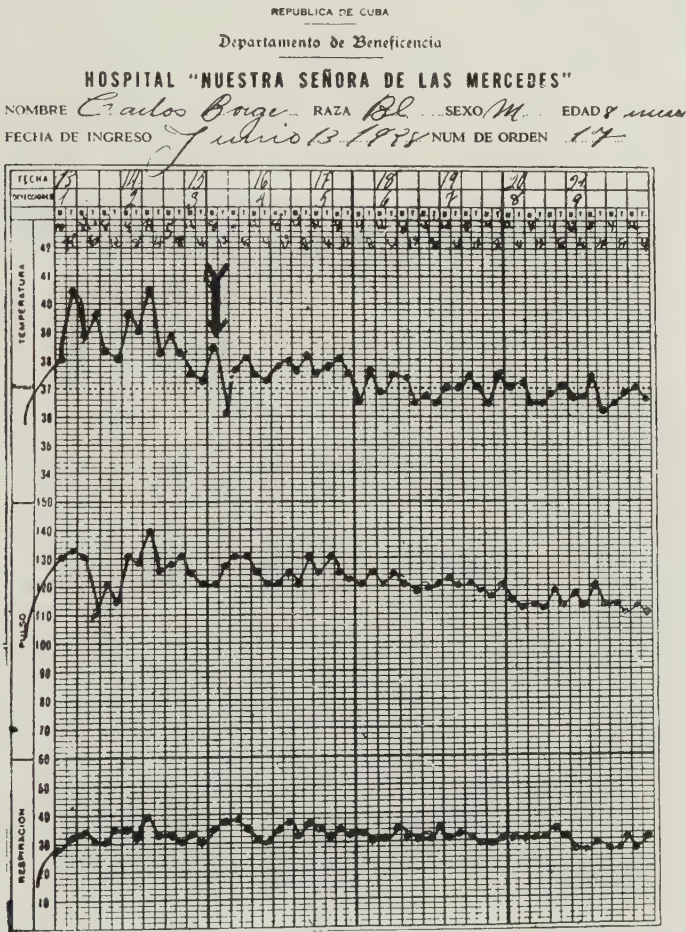
Antecedentes familiares e historia de la enfermedad actual.—Padre sano. Madre con catarros frecuentes y trastornos gástricos numerosos.

Nació a término en parto fisiológico. Pesó al nacer 6 libras. Bronquitis aguda a las 2 meses. Hace 10 días tuvo un cuadro febril prolongado en el curso del cual le dieron purgantes variados y desde entonces tiene diarreas líquidas abundantes. Lo alimentaban con lactógeno.

Pesaba 10 libras y 11 onzas al ingresar en la Sala.

Evolución del enfermo.—Los primeros dos días tuvo fiebre alta, somnolencia y astenia. Después apareció un cuadro hiperpirético con fascie tóxica y gran deshidratación.

En la exsanguíneo-transfusión se le extrajeron 200 cc. de sangre y se le inyectaron 280 cc. aproximadamente.



En este caso se tomó sangre antes y después de la exsanguíneo-transfusión. La segunda vez fué tres días después de este tratamiento.

	<i>Antes</i>	<i>Después</i>	<i>4 días después</i>
Acidos biliares	0.039%	0.030%	No se determinó
N. total no proteico..	0.042%	0.040%	0.031%
Van Slyke	42%	46%	No se determinó
Nitrógeno uréico	0.030%	No	0.015%
Acido úrico	No	0.004%	No
Colesterol	0.137%	No	0.102%
Volumen globular ...	36%	37%	39%

El método fué seguido, en este caso, de una evidente mejoría, cayendo la fiebre hasta 36 grados, y después se estableció una fiebre con 38° como máximum, que fué descendiendo lentamente por lisis. El niño fué dado de alta, completamente bien, el día 24 del mismo mes de julio. Pesaba 12 libras al ser dado de alta, restablecido de su trastorno gastro-intestinal.

GILBERTO BOSQUE.—Ingresó en la Sala “Manuel de la Cruz” el día 7 de julio de 1928. Cuna No. 8. 7 meses de edad.

Antecedentes familiares.—Ambos padres viven y tienen aspecto saludables, negando síntomas de tuberculosis y sífilis. Embarazo normal, parto fisiológico, a término. 4½ libras al nacer.

Enfermedad actual.—Ingresa en la Sala con el antecedente de que hace 12 días comenzó a tener diarreas numerosas acompañadas de vómitos.

Al ser examinado se observan síntomas de toxi-infección intestinal con cuadro tóxico acentuado y deshidratación profusa; colapso circulatorio con cianosis moderada, pulso inconstante y latidos cardíacos muy debilitados.

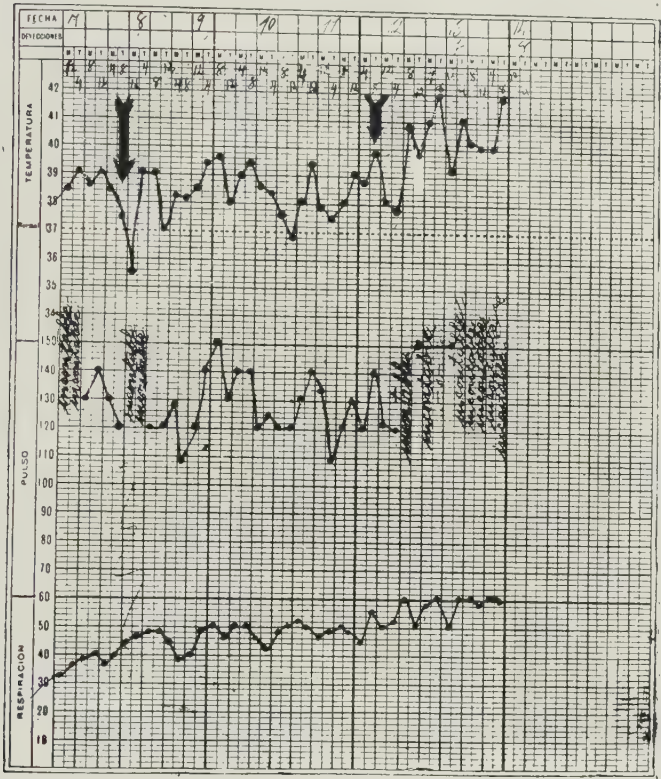
Entre otras indicaciones se le hace el día 8 de julio una exsangüíneo-transfusión; 200 cc. de sangre fueron extraídos y se le inyectaron 280. El niño pesaba 10 libras. Después de practicada, la temperatura descendió hasta 36° y el pulso descendió de frecuencia a 120. Después la condición del enfermo volvió a ser la misma de antes: la fiebre seguía oscilante; el niño tenía una somnolencia tóxica profunda, oliguria extrema, etc.

REPUBLICA DE CUBA

Departamento de Beneficencia

HOSPITAL "NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"

NOMBRE *Gilberto Bosque* RAZA *Sl.* SEXO *M.* EDAD *4m*
FECHA DE INGRESO *Julio 7-1934* NUM. DE ORDEN *249*



Veamos el resultado de los exámenes de química sanguínea:

	Antes	Después
N. total no protéico	0.103%	No
Nitrógeno uréico	0.080%	0.055%
Acido úrico	0.008%	No
Creatinina	0.005%	0.003%
Colesterol	0.099%	0.120%
Van Slyke	40%	44%
Acidos biliares	0.022%	No

A los cuatro días de practicada la exsanguíneo-transfusión no existía mejoría ninguna del niño, y entonces se hizo la segunda. En esta ocasión se extrajeron 150 cc. de sangre y se le inyectó 200 del donante. Se practicó el día 12 de julio, siendo su gravedad extraordinaria.

El examen de sangre practicado antes y después dió el siguiente resultado:

	<i>Antes</i>	<i>Después</i>
N. total no protéico	0.090%	0.060%
Nitrógeno uréico	0.050%	0.035%
Colesterol	0.127%	0.130%
Van Slyke	57 Vol.	51 Vol.

El niño continuó grave, haciendo hiperpirexias hasta de 42°, y falleció dos días después de la última exsanguíneo-transfusión. No se le practicó la autopsia.

D.—Exsanguíneo-transfusión de sangre.—La transfusión de sangre total sin sangría previa.—Modo de acción.—Sus ventajas.

Si ahora comparamos el mecanismo de acción de ambos métodos, veremos que desde el punto de vista teórico, la exsanguíneo-transfusión debería ser mucho mejor. En este método, la sangría previa se hace para desembarazar al organismo enfermo de cierta cantidad de toxinas y sustancias dañinas y después las extracciones de sangre y su reposición proporcional por una sangre nueva y pura se hace para que la sustitución de la sangre del individuo enfermo por la del donante sea lo más completa posible.

Este fundamento explica por qué se ha utilizado, tanto en el niño como en el adulto, para el tratamiento de un gran número de afecciones diversas, envenenamientos, quemaduras, toxemias graves, etcétera. No importa realmente la naturaleza y el origen endógeno o exógeno de las sustancias nocivas al organismo, presentes en la sangre de los enfermos, pues el objetivo principal de la exsanguíneo-transfusión es reemplazar la sangre impurificada por otra nueva, sin productos deletéreos. Los autores canadienses ya citados han tratado un número considerable de niños quemados con este método y los resultados obtenidos les han parecido tan notables que han hecho que en distintas ocasiones hayan escrito distintas comunicaciones sobre esta materia.

ARSEMETINE

SOLUCION DE ACETIL AMINO FENILARSINATO DE EMETINA

UN CENTIMETRO CUBICO CONTIENE 4 CENTIGRAMOS DE EMETINA
(CLORHIDRATO) Y 4 CENTIGRAMOS ARSENICO.

INDICACIONES :

DE IGUAL MODO QUE LA EMETINA, LA ARSEMETINE SE EMPLEARA:

a) En todas las AMIBIASIS:

En la Amibiasis intestinal, la ARSEMENTINE gracias al arsénico que contiene, puede reemplazar a los arsenobencenos empleados frecuentemente entre las series de inyecciones de emetina.

En la amibiasis hepática (absceso tropical) la ARSEMENTINE se empleará bien en inyecciones esterilizantes de la invasión amibiana, bien como coadyuvante del tratamiento quirúrgico.

b) En las BILHARCIOZIS:

La ARSEMETINE destruye los huevos en la pared vesical o intestinal y mata los embriones en sus cápsulas.

Su efecto más rápido consiste en detener las hemorragias vesicales o rectales.

c) En todas las diarreas crónicas y principalmente en las disenterías de flagelados.

d) En todas las hemorragias: hemoptisis, hematemesis, hemorragias intestinales, hematurias de todos los orígenes.

POSOLOGIA :

La posología indicada en el cuadro adjunto ha sido establecida en centigramos de Emetina y se refiere sobre todo a las amibiasis; la experimentación fisiológica permite afirmar que la tolerancia del organismo para la Emetina está aumentada por la presencia del arsénico: es, pues, posible emplear dosis más elevadas.

En lo que respecta a las otras indicaciones las dosis medias pueden ser de 4 a 8 centigr. de Emetina o sea de 1 a 2 cc. de ARSEMETINE.

POSOLOGIA:	DOSIS INICIAL	DOSIS MAXIMA COT.	DOSIS TOTAL
ADULTOS	4 a 12 ctgr. según el peso del sujeto o sea, de 1 a 3 cc.	4 a 12 ctgr. o sea, de 1 a 3 cc.	75 ctgr. a 1 gr., se- gún el peso y la re- sistencia del sujeto — Dosis media: 60 a 90 ctgr.
NIÑOS De menos de 1 año	0,5 ctgr. o sea, $\frac{1}{2}$ de cc.	1 ctgr. o sea, $\frac{1}{4}$ de cc.	5 ctgr. o sea, 1 cc. $\frac{1}{4}$
1 a 2 años.....	1 ctgr. o sea, $\frac{1}{4}$ de cc.	2 ctgr. o sea, $\frac{1}{2}$ cc.	10 ctgr. o sea, 2,5 cc.
2 a 5 años.....	2 ctgr. o sea, $\frac{1}{2}$ cc.	3 ctgr. o sea, $\frac{3}{4}$ de cc.	20 ctgr. o sea, 5 cc.
5 a 9 años.....	3 ctgr. o sea, $\frac{3}{4}$ de cc.	4 ctgr. o sea, 1 cc.	30 ctgr. o sea, 7,5 cc.
9 años a la pubertad	4 ctgr. o sea, 1 cc.	4 a 6 ctgr. o sea, 1 cc. a 1 cc. $\frac{1}{2}$	40 ctgr. o sea, 10 cc.

PRESENTACION :

Ampollas de 1 cc. que contienen 4 centigramos de Emetina y 4 centigramos de arsénico.
Cajas de 6 Ampollas. Practíquense únicamente inyecciones sub-cutáneas.

LABORATORIOS CLIN. COMAR & C^{IE}. - PARIS

BRANDIERE Y CIA.

CARLOS III NUMERO 11. - HABANA

ALERDEX

(SMACO)

MALTOSA Y DEXTRINAS LIBRE DE PROTEINA

EVITA LAS ALERGIAS POR LAS PROTEINAS DE CEREALES

Cualquier carbohidrato de Maltosa-Dextrina puede ser usado, pero la experiencia ha demostrado que se obtienen mejores resultados usando uno obtenido mediante la acción enzimica de la malta sobre la fécula no cereal, como el ALERDEX. Cuatro cucharadas de ALERDEX pesan aproximadamente una onza y contienen 120 calorías. Cuando esta cantidad se le añade a 32 Oz. de cualquier leche, el contenido de carbohidratos de esta mezcla se aumenta en un 3%.

Preparada en los Estados Unidos
de América por

S. M. A. CORPORATION
CLEVELAND, OHIO

Representantes en Cuba:

ANTIGA Y Co.
Depto. de Productos Dietéticos
OBISPO No. 25
HABANA

DR. E. GARCIA PEREZ

MEDICO CIRUJANO

Transfusionista del Hospital Municipal de Infancia

LABORATORIO

EXCLUSIVAMENTE

TRABAJOS PERSONALMENTE REALIZADOS
ANALISIS E INVESTIGACIONES CLINICAS

Transfusiones sanguíneas: EN ESPECIAL A NIÑOS

Mantenemos un constante servicio de Transfusiones, tanto en
domicilios como en el local del Laboratorio.

ANIMAS NUM. 123
(Lealtad y Escobar)

TELEFONOS :
A-6231 y F-7179

En el caso especial de la toxi-infección intestinal del niño se supone que un agente tóxico interviene de una manera activa en el origen del cuadro, ya sea conducido por alimentación bajo la forma de cuerpos orgánicos más o menos conocidos o liberados por bacterias extrañas al organismo (bacilos disentéricos, salmonelas, etc.), o por las propias bacterias del tractus intestinal exageradas en su virulencia. Además habría que añadir a esto, la viciación metabólica creada por las toxinas, las que serían capaces de perturbar el metabolismo normal, originando cuerpos intermediarios nocivos o el insuficiente servicio de los emuntorios, especialmente del riñón, originándose así un verdadero círculo vicioso. Todo ello conduce a acumular en la sangre una serie de sustancias tóxicas capaces de impregnar los distintos órganos y tejidos, dificultando o suprimiendo sus actividades vitales.

Es por eso, que Bruce Robertson, Allan Brown y Roy Simpson, no dudaron en aplicar el método de una manera sistemática al tratamiento de los niños sufriendo de toxi-infección intestinal.

La transfusión de sangre total simple, es decir, sin sangría previa, fué también realizada por los autores canadienses, pero es a los trabajos del profesor Powers, de New Havens, Conn., a quien se debe la difusión de este método en la Pediatría moderna en la toxi-infección intestinal.

La transfusión de sangre como método de extraordinario valor en la terapéutica de las toxi-infecciones intestinales del niño, fué introducida en Cuba por el profesor A. Aballí, siendo su escuela quien generalizó su empleo en estos procesos hasta convertirla en un método de rutina como lo es hoy. Sin embargo, no solamente se ha aceptado entre nosotros a la transfusión sanguínea, defendida tan valientemente por el Prof. Powers, sino los distintos puntos de vista mantenidos por él en su notable trabajo titulado *A comprehensive plan of treatment for the so-called intestinal intoxication of infants*, publicado en el "American Journal of Diseases of Children", 33:232, 1926. Desde luego, que hoy en día se le hacen ciertas modificaciones a las ideas terapéuticas mantenidas por el autor en dicho trabajo en relación con el mejor conocimiento de las perturbaciones humorales que tenemos hoy y que no existían entonces.

Tan grande es la importancia que la Escuela Cubana de Pediatría le concede a la transfusión sanguínea, no solamente en las toxi-infecciones intestinales del niño, sino para un gran número de enfermedades médicas y quirúrgicas, que cuando nosotros colaboramos

en la organización del Hospital Municipal de Infancia lo dotamos de un Departamento de Transfusiones Sanguíneas, con personal idóneo. En el mes que escribimos este trabajo, dicho Departamento ha realizado en un lapso de dos años aproximadamente más de 2,000 transfusiones, comprendiendo en esta estadística las tres grandes variedades de transfusiones que se utilizan hoy, *la de sangre total*, *la de plasma*, introducida en la Clínica por Palazzo y Teneoni, de la Argentina, y *la de glóbulos*, introducida por nosotros en colaboración con el Dr. Riera.

Estos hechos demuestran claramente, lo que significa en la Pediatría moderna la inyección de sangre humana.

Desde luego, que nosotros utilizamos exclusivamente la sangre pura, no estabilizada, sin citrato, siguiendo el método de Lindeman.

Ahora bien, ¿cómo actúa la transfusión de sangre en la toxi-infección intestinal del niño?

Muchos aspectos pueden ser alcanzados por esta pregunta, pero los principales son los siguientes:

A.—Suministra un gran recurso en "buffers" por el contenido salino que encierra, sobre todo, por la hemoglobina, a quien la sangre debe el 75% de su poder.

B.—Contiene una cantidad apreciable de inmunisinas; estos anticuerpos son muy importantes de considerar en la yugulación de las infecciones bacterianas, colibacilo, enterococo, neumococo, salmonela, etcétera.

C.—Encierra hematopoyetinas, especialmente sustancias leucogénicas.

D. Significa el aporte de agentes fagocitarios, coagulantes, etc.

E.—Pero por encima de todo, la transfusión sanguínea es el método más científico que se conoce actualmente para combatir la deshidratación, pues restablece el volumen sanguíneo.

Hoy en día se sabe, merced a los trabajos experimentales de la Escuela Americana, que el tratamiento principal de la toxi-infección es el restablecimiento o normalización de la volemia o volumen sanguíneo circulante. La toxi-infección intestinal coexiste siempre ligada a la deshidratación, aunque el grado de ésta suele variar según las características y las formas clínicas de los casos. Los trabajos de Darrow, de la propia escuela de Powers, hoy colaborador de éste en la Universidad de Yale, han demostrado que la deshidratación no es simplemente concentración de los elementos formes y no formes

de la sangre. La deshidratación es una disminución del volumen sanguíneo circulante, pero afecta tanto a la masa globular como a la plasmática. Existe desde luego en los casos intensos y extremos un aumento relativo del volumen globular en relación al plasmático, pero ambos están disminuídos en las cifras absolutas correspondientes. Veamos un ejemplo: Un niño normal debe tener 80 cc. aproximadamente de sangre total por kilo de peso; de éstos, 50 cc. corresponden al plasma y 30 cc. a los glóbulos. En las grandes deshidrataciones podemos encontrar hasta 60 cc. por kilo, de los cuales pueden ser 35 cc. de plasma y 25 de glóbulos. En el caso normal el volumen de los glóbulos representa el 38% de la sangre total; en el segundo, en el caso patológico, el 40%. Como se ve en este ejemplo, en la deshidratación hay una disminución de la cantidad de sangre circulante y aunque relativamente baja el plasma, también bajan los glóbulos rojos, aunque en menor proporción que aquél. La disminución del volumen sanguíneo circulante es la causa de un gran número de síntomas de los intoxicados y especialmente de la insuficiente depuración renal. Y hoy en día, los trabajos de bio-química y de química fisiológica han demostrado que el riñón tiene una importancia más grande en el restablecimiento del equilibrio ácido básico y en la normalización del metabolismo minero-mineral perturbado que lo que hasta ahora se creía. Ya Schloss había insistido de una manera considerable en la importancia de la disfunción renal en la patogenia de los síntomas llamados habitualmente de "acidosis". Y últimamente, los trabajos de la Escuela de Mc Intosh y sus colaboradores, han visto que cuando el funcionamiento renal se restablece elevando el volumen sanguíneo para que éste alcance la cifra normal, el equilibrio ácido básico y la repartición del ión cloro se restablece, aun cuando los elementos salinos o minerales diluídos en el agua inyectada para aumentar la masa sanguínea circulante sea adverso para dicho restablecimiento.

No nos podemos extender en este estudio de conjunto sobre este punto, pero solamente diremos que el individuo deshidratado, sufre de un proceso de pérdida sanguínea, de oligo-hemia y esta es la causa de muchos de los síntomas graves de los enfermos.

Por eso la transfusión sanguínea es el tratamiento más científico, más racional de la deshidratación. Restablece la volemia, mejora el volumen contractil y el volumen minuto, levanta la presión arterial, mejora la irrigación de todos los órganos, facilita el recambio de las células con el medio interno, restablece el funcionamiento de

los emuntorios y muy especialmente el del riñón. En estas condiciones la depuración sanguínea se realiza bien.

VENTAJAS DE LOS METODOS

La transfusión de sangre total simple, es decir, sin sangría previa y sin yecciones de sangre y extracciones sucesivas, es un método absolutamente inocuo, cuando se hace por manos expertas, desde luego. *Los accidentes no son más que errores de técnica.* En el Hospital Municipal de Infancia hasta este mes, hay más de 2,000 transfusiones *y no se conocen los accidentes.* Que se inyecte en cada caso la cantidad que el enfermo necesita y utilízese donante del mismo grupo sanguíneo que el enfermo y se habrán suprimido los llamados accidentes de la transfusión sanguínea.

En cuanto a su técnica, es decir, para precisar más aún, su mecanización, solamente en contados casos de venas demasiados pequeñas es que podrá encontrar el técnico transfusionista relativas dificultades, si es que podemos llamar así al hecho de practicar una pequeña incisión de cinco milímetros para levantar la vena sobre un estilete o sonda acanalada muy fina.

No podemos decir lo mismo de la exsanguíneo-transfusión. Este método es complicado, requiere un número de individuos perfectamente entrenados, necesita una técnica más que impecable y una rigurosísima inmovilización del paciente, especialmente la cabeza.

¿Son tan grandes las ventajas de la exsanguíneo-transfusión sobre la transfusión simple de sangre total, que pueden despreciarse las dificultades técnicas de la primera? O, dicho de otra manera, el efecto terapéutico de la primera es tan superior respecto a la segunda, que no obstante la dificultad de su realización en el niño debe el médico preferirla?

Nuestra experiencia es contraria a la interrogación anterior

Veamos las ventajas "teóricas" de la exsanguíneo-transfusión. La idea de reemplazar una sangre impura por otra pura, en "principio" es buena, es lógica. Mas, en la práctica ¿se ha podido muchas veces realizar la completa sustitución de la sangre circulante del enfermo por la sangre del donante? En la realidad solamente una parte de la sangre del enfermo puede ser removida. Además, ¿es solamente en la sangre del enfermo donde radica la existencia de las toxinas y productos nocivos?

Claro está que la sangre es el vehículo que los órganos y células en general utilizan como vía de descarga de sus productos de desechos, ya que ella va a los emuntorios por donde se realiza su eliminación. Pero véanse los exámenes de sangre practicados por nosotros y por otros autores, antes y después de la exsanguíneo-transfusión y se comprobará que los productos anormalmente retenidos aunque disminuyen después de practicada la misma, no lo hacen en la proporción que debieran hacerlo. En una palabra, aunque en las graves toxemias del organismo infantil, la purificación sanguínea por pequeña que ella sea siempre es beneficiosa para el enfermo, la discreta disminución de las substancias anormalmente retenidas después de practicado el método, no significa una profunda desintoxicación del enfermo.

Reconocemos sí que con ella el organismo pierde una parte de las substancias que lo impurifican, pero a juzgar por el resultado de los exámenes químicos de sangre, practicados antes y después, no es tan grande la normalización de la composición de la sangre como "a priori" podría pensarse.

Por otra parte, en la exsanguíneo-transfusión se utiliza sangre del donante en cantidad superior a la extraída; la diferencia entre ambas, representando la cantidad de sangre que se inyectaría al enfermo en la transfusión de sangre total aproximadamente. Quiere esto decir, que en este aspecto se han de producir las mismas ventajas y los mismos efectos beneficiosos de la última, especialmente los derivados del restablecimiento del volumen sanguíneo circulante.

Nosotros traemos en este trabajo seis casos graves de toxi-infección intestinal del lactante, con *cinco muertes y una sólo curación*. La estadística es pequeña, pues comprende sólo un número muy reducido de casos; pero si el método realmente tuviera grandes ventajas, si fuese capaz de producir una purificación profunda de la sangre de los enfermos o si, en caso de poderse llegar a ella con una técnica impecable, una sangre sana y limpia ocupare el lugar de la impura, un efecto más beneficioso debiera haberse notado.

Haremos notar, que desde esta serie de casos hasta el día de la fecha, hemos visto en distintos casos practicar la exsanguíneo-transfusión y en todos hemos visto los resultados que defendemos en este trabajo.

Los casos aquí expuestos son todos graves y menores de dos años. Además, se utilizaba el tratamiento auxiliar de tonicardíacos, sueros

artificiales, administrados según las indicaciones de la reserva alcalina, la dieta hídrica, etc. En un caso que falleció se practicó dos veces, al principio y al final de la enfermedad del niño.

Por eso es que no obstante las ventajas que en el orden teórico nosotros le concedemos a la exsanguíneo-transfusión sobre la transfusión simple, sin sangría previa, en la práctica, los hechos nos manifiestan que los resultados logrados son absolutamente iguales que los que se pueden obtener con la transfusión sola.

La exsanguíneo-transfusión es una operación que requiere mucho personal adiestrado, de técnica más compleja y esto contrasta con la sencillez de la transfusión sola.

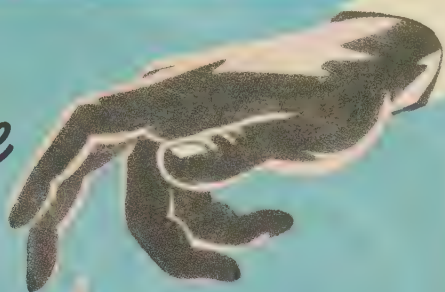
En estas notas nos referimos a nuestra especialidad, es decir, a la infancia y dentro de ella a la toxi-infección del lactante. En el niño mayor, en que por las venas yugulares superficiales o por las mismas del codo, se puede extraer una cantidad grande, cosa imposible en el lactante pequeño, en el que solamente se pueden extraer grandes cantidades de sangre por el seno longitudinal; en el niño mayor, repito, su técnica puede simplificarse más. En el adulto, desde luego, todas las técnicas son más fáciles que en el niño.

RESULTADOS ESTADISTICOS

La estadística obtenida por Allan Brown y Gladys Boyd, en los casos tratados durante el verano del año 1922 en el Hospital for Sick Children, de Toronto, Canadá, es la siguiente:

				Morta- lidad
<i>Niños moribundos o pre-agónicos</i>				—
Sin exsanguíneo-transfusión . .	Tratados 6	Muertos 5		83%
Con exsanguíneo-transfusión . .	Tratados 5	Muertos 4		80%
<i>Niños graves pero no moribundos</i>				
Sin exsanguíneo-transfusión . .	Tratados 15	Muertos 11		73%
Con exsanguíneo-transfusión . .	Tratados 23	Muertos 9		39%
<i>Niños en condiciones poco graves</i>				
Si nexsanguíneo-transfusión . .	Tratados 16	Muertos 8		50%
Con exsanguíneo-transfusión . .	Tratados 9	Muertos 4		44%

*Aumente
las defensas
de su paciente*



Micoseptil

que contiene nucleínas, extracto de levaduras, factor vitamínico anti-infeccioso (provitamina A) y los gérmenes piógenos (vacunoterapia por vía oral) será la medicación a elegir en: Todas las infecciones piógenas como anginas, forunculosis, piodermitis, otitis, abscesos, etc.

A. Roger

LABORATORIOS VIETA-PLASENCIA
REINA 72 HABANA

COMPANIA LITOGRAFICA DE LA HABANA

Caloral

GRANULADO

GLUCONATO DE CALCIO Y LECITINA

(CALCIO Y FOSFORO ASIMILABLES)

Tuberculosis, raquitismo, numerosos tipos de dermatosis, embarazo y en general siempre que la medicación cálcica esté indicada, será el preparado de elección por su eficacia y forma agradable de administración.



LABORATORIOS VIETA-PLASENCIA
REINA 72

HABANA

La estadística del Prof. Powers comprende niños asistidos en el New Havens Hospital del año 1922 a 1925, y en unos casos se empleó el sistema del autor mientras que en otros no.

	<i>Morta-</i>		
	<i>Curados</i>	<i>Muertos</i>	<i>lidad</i>
Tratados por el método de Powers 36	24	12	33%
No tratados por este método . . . 19	5	14	70%

Se comprende, desde luego, lo difícil que es comparar las estadísticas, pues en la de Brown y Boyd tienen en cuenta la gravedad de la enfermedad, mientras que en la de Powers no se especifica este hecho. Pero si nosotros consideramos los casos graves, pero no moribundos, de Brown y Boyd, vemos que con una mortalidad de 39% se aproxima bastante a la cifra promedio de Powers de 33%, es decir, que casi se logra la misma mortalidad con la exsanguíneo-transfusión que con la transfusión de sangre total sin sangría previa.

En estas estadísticas los enfermos son tratados con los métodos conocidos y aceptados hasta entonces. En aquella época no se hacía estudio de la repartición del cloro entre el plasma y los glóbulos para la estimación del equilibrio ácido-básico, por más que aún en los principales centros pediátricos norteamericanos no se concede sino un valor muy relativo a esta determinación; lo cierto es que se basan aún más en la reserva alcalina según el método de Van Slyke. No se conocía tampoco en aquella época el sistema de la Venoclisis, el que fué descrito por primera vez por Karelitz, trabajando en el servicio de Schick, en el 1931.

Claro está que actualmente la mortalidad de la toxi-infección intestinal del lactante es muy inferior a la que existía hasta el año 1931, entre otras cosas por la colaboración de la venoclisis y la importancia que han adquirido ciertos tratamientos especiales en relación con el mejor conocimiento de las perturbaciones metabólicas de los niños intoxicados, pero de todos modos, la comparación de la estadística de los autores canadienses con la de Powers tiene su valor para juzgar la eficacia real y práctica de la exsanguíneo-transfusión.

Si ahora nos dirigimos a la estadística de A. Denver, el que recorre la mortalidad desde 1922 hasta 1934, vemos lo siguiente:

- 1º—De 1922 a 1934.—(Hipodermocclisis y suero intra-peritoneal)
90% de muertes.
- 2º—De 1925 a 1928.—(Las técnicas anteriores más transfusión)
70% de muertes.
- 3º—De 1929 a 1932.—(Lo anterior más la solución Hartmann)
60% de muertes.
- 4º—De 1933 a 1934.—(La anterior más venocclisis)
14% de muertes.

Realmente, si nosotros analizamos serenamente las conclusiones de esta estadística, encontramos una incongruencia grande y es que le asigna al método de Powers y al que se hace con exsanguíneo-transfusión, una mortalidad muy alta, un 70% en lugar de un 33 o 39%. Desde luego, que como es natural tengamos la reserva de todas las estadísticas globales que comprenden casos leves, medianos, severos y moribundos. El número de enfermos tratados encontrándose en condiciones mortales, afectos de miocarditis tóxica con embriocardia, síntomas bulbares netos, etc., es motivo de confusión, pues son casos perdidos, en los cuales fracasa todo tratamiento actualmente conocido y falsean completamente las comparaciones.

El tratamiento auxiliar utilizado, ya sea con la exsanguíneo-transfusión o con la transfusión simple, es de capital importancia; para demostrarlo es muy elocuente el hecho de que Brown y Boyd vieron que la exsanguíneo-transfusión asociada al suero fisiológico en hipodermocclisis tenía una mortalidad de 25% y que cuando se usaba el suero glucosado aumentaba a 41%.

Por todas estas consideraciones, creemos que no está demostrado en el terreno de la práctica la pretendida enorme ventaja de la exsanguíneo-transfusión sobre la transfusión de sangre total simple en el tratamiento de la toxi-infección intestinal del lactante.

La mejor prueba que tenemos en pro de nuestra tesis es que este método no se ha generalizado sino ha quedado reducido a ensayos pocos numerosos, como el nuestro; si realmente la exsanguíneo-transfusión fuera el método milagroso que tanto se ha pregonado, no sería un método de excepción, como realmente lo es aún en los más científicos centros pediátricos del mundo.

Creemos con esto, que el Prof. Powers tiene mucha razón cuando critica a este método, el que califica de riesgoso. Las toxinas, dice Powers, no se originan en la sangre, lo mismo que las bacterias, sino en los focos sépticos. A esto añadimos nosotros, que su remoción es deseable, pero ello no resuelve básicamente el profundo disturbio metabólico existente en la toxi-infección intestinal. En una palabra, opinamos que en la toxi-infección intestinal del lactante, la exsanguíneo-transfusión actúa más por la sangre inyectada que por la sangre extraída.

CONCLUSIONES

1.—La exsanguíneo-transfusión defendida por la escuela canadiense de Robertson, Brown y Boyd, “teóricamente” es el método de elección para el tratamiento de la toxi-infección intestinal grave de los lactantes.

2.—Su técnica es complicada, necesitando una inmovilidad absoluta del niño y un personal muy adiestrado.

3.—La extracción de la sangre del niño enfermo debe hacerse a través del seno, pues por este lugar se pueden extraer cantidades relativamente grandes de sangre sin muchas dificultades; en el lactante, sobre todo en los casos graves, es difícil que otra vena pueda servir para esta finalidad. En cambio, por cualquier vena superficial puede hacerse la inyección de la sangre del donante.

4.—Debe hacerse primero la extracción de una cantidad proporcionalmente grande de sangre del enfermo, variando ésta entre 60 y 100, según la edad y peso de los mismos, y después se inyectará la cantidad extraída más otra cantidad adicional. En efecto, debe recordarse que el volumen sanguíneo está disminuído en la deshidratación que acompaña a las toxi-infecciones graves y por lo tanto, hay que reponer la cantidad extraída e inyectar una cantidad extra a fin de normalizar la volemia. Después, se hacen extracciones de una cantidad variable de sangre del enfermo y nuevas inyecciones de sangre del donante, a fin de sustituir de la manera más completa posible la sangre del paciente por la del donante.

5.—Presentamos las historias clíneas de seis casos muy graves todos de toxi-infección intestinal en niños lactantes, en los que se practicó este método asociado a hipodermoclisis de sueros, según las variaciones de la reserva alcalina.

De los seis casos, cinco sucumbieron y curó uno sólo. En un enfermo el método se practicó dos veces, al principio y al fin de la enfermedad.

6.—Exámenes de química sanguínea fueron practicados antes y después de las exsanguíneo-transfusiones. Después de terminado el método, nosotros encontramos que las substancias dosificadas, urea, nitrógeno total no protéico, ácido úrico, etc., disminuían constantemente, pero en ningún caso las cifras obtenidas fueron normales.

7.—Del análisis de los casos que presentamos, así como de otros que hemos podido estudiar de una manera detenida, deducimos que en la práctica, *la exsanguíneo-transfusión no tiene ventajas grandes sobre la transfusión de sangre total sin sangría previa, en las toxi-infecciones intestinales graves de los lactantes.*

8.—La transfusión de sangre total simple, sin extracción de sangre del paciente, técnicamente es un procedimiento muy sencillo y sustituye en la práctica corriente a la exsanguíneo-transfusión; en efecto, la técnica complicada de esta última no compensa las ventajas teóricas que tiene sobre la primera.

9.—La transfusión de sangre total es el procedimiento más científico que conocemos actualmente para el tratamiento de la deshidratación, pues todos los clínicos y experimentadores están de acuerdo en considerar que el hecho más efectivo que nosotros podemos hacer para combatirla, es restablecer el volumen sanguíneo tan disminuído en dicha condición clínica.

PARA EL TRATAMIENTO CAUSAL
DE LAS
NEURITIS Y NEURALGIAS
BETAXINA

Vitamina B₁ (Antineurítica)

Preparado sintético estandarizado

Se incluyen en sus indicaciones: beriberi, polineuritis del embarazo y del puerperio, polineuritis consecutiva a las enfermedades infecciosas, neuritis alcohólica, neuralgias intercostales, del trigémino y ópticas, ciáticas, herpes zoster y en general toda hipo-vitaminosis B₁.

BETAXINA: Cajas de 3 y 15 ampulas de 1cc. con 2 miligramos de Vitamina B₁ sintética cristalizada (1,000 Unidades Internacionales). Tubos de 20 tabletas de 1 miligramo (500 U. I.)

Cincuenta Años



PRODUCTOS
FARMACÉUTICOS

“Bayer”

APARTADO 1757

HABANA

SUCOFRUT



EL LAXANTE IDEAL PARA NIÑOS

DE SABOR AGRADABLE
NO IRRITA NI PRODUCE COLICOS



COMPONENTES:

TAMARINDO.
CIRUELAS PASAS.
CAÑA FÍSTULA.
MANÁ.
JUGO DE NARANJAS.
MIEL.

PRESENTACION:

EN FRASCOS DE 250 C.C.

DOSIS:

DE 1 A 2 CUCHARADITAS VARIAS
VECES AL DIA.

COMO NO CONTIENE SUSTANCIAS TÓXICAS, PUEDE DARSE POR CUCHARADAS AL PRINCIPIO
EN LOS CASOS REBELDES.

LABORATORIOS DRIAN
BELASCOAIN 7 HABANA

Un Caso de Tuberculosis Nodular Caseosa del Miocardio

POR EL DR. RENÉ G. MENDOZA,

Médico del Servicio de Niños del Sanatorio "La Esperanza".

Colaboración histo-patológica:

DR. ANTONIO NAVARRETE.

Ingresa en nuestro servicio del Sanatorio "La Esperanza", en diciembre 9 de 1933, la niña Delia Menéndez, de la raza negra, de diez años de edad.

Antecedentes familiares: Madre y padre saludables. No ha convivido con nadie más. Se ignora si ha existido algún contagio extra-familiar.

Antecedentes patológicos: Sarampión. Tos ferina. Varicelas. Tifoidea (?) ocho meses atrás.

Historia de la enfermedad actual: Después del proceso referido como fiebre tifoidea, persistieron temperaturas diarias que oscilaban de 37.5° a 38.5°, con tos de carácter emetizante y descenso del peso, manteniéndose esta sintomatología hasta el momento de su ingreso.

Al examen encontramos: Panículo adiposo bastante escaso. Ganglios periféricos no hipertrofiados. Corazón: ritmo y tonos normales. La punta latiendo en el quinto espacio intercostal izquierdo, un poco por dentro de la línea mamilar. Hígado: rebasa tres traveses de dedo el reborde costal a nivel de la línea medio clavicular. Bazo no es palpable.

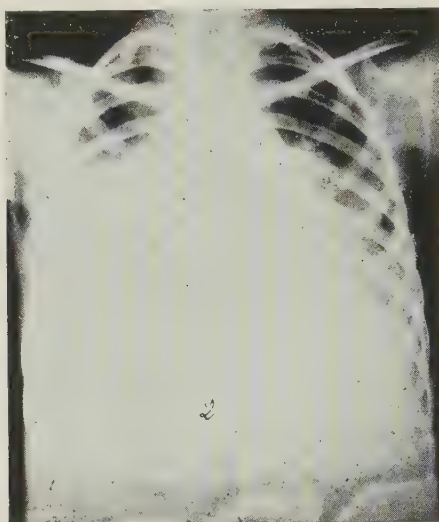
Aparato respiratorio: Tos frecuente, de carácter húmedo.

Hemitórax izquierdo: Macidez de la región infraescapular y axilar inferior. Roces pleurales en la base y en la axila, con el murmullo vesicular debilitado en esos mismos sitios.

Hemitórax derecho: No se encuentra nada anormal.

Informe radiológico: Opacidad de tinte subcostal que da la impresión de una condensación neumónica del lóbulo medio e inferior

derecho, siendo menos intensa hacia la región del seno costo-diafragmático. La base izquierda presenta un velo ténue y uniforme y a nivel del hilio hay una zona de infiltración hiliar y perihiliar. Ensamchamiento del mediastino superior. (Placa No. 1).



Placa No. 1.

Examen bacteriológico de esputos: No se observan bacilos de Koch.

Examen de orina: Nada anormal.

Examen de heces fecales: No se observan parásitos ni sus huevos.

EVOLUCIÓN

Es sometida a la cura sanatorial y a un tratamiento por sales de oro (Crisalbine), llegando a inyectarse en total 1.20 gms.

Durante los primeros meses de su estancia en el servicio, los signos físicos y radiológicos sufren pocas modificaciones, manteniéndose la temperatura en los límites normales. El peso se estacionó. Presentó en algunas ocasiones crisis de disnea.

En los primeros días del mes de octubre de 1934 empieza a quejarse de una molestia abdominal, con sensación de plenitud. Los trastornos digestivos, diarreas y vómitos, que ya existían, se acentúan. La temperatura se eleva, oscilando de 37° a 39°. Al examinarla, nos encontramos que presenta su abdomen grandemente distendido.

tanto en su diámetro antero-posterior como lateral. A la palpación ofrece resistencia, pudiendo deprimirse con dificultad en las regiones ilíacas e hipogástrica, siendo imposible ejecutarlo en sus segmentos superiores, donde es posible palpar el borde inferior y parte de la cara superior del hígado, el cual es doloroso al tacto. Por percusión limitamos la macidez hepática, la cual se extiende por arriba hasta el tercer espacio intercostal a nivel de la línea medio claviclar, rebasando por debajo seis traveses de dedo el reborde costal. La superficie que es dado palpar, es lisa. La cicatriz umbilical está prolapsada. No se comprueba onda líquida.

Aparato circulatorio: Taquicardia (alrededor de 130 latidos por minuto).

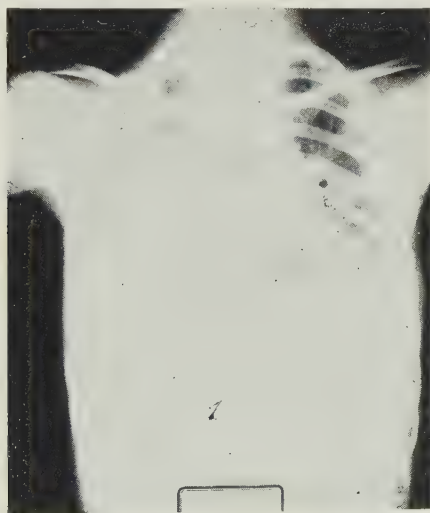
Area de macidez cardíaca sensiblemente aumentada. La punta late en el quinto espacio intercostal, a nivel de la línea mamilar, no desplazándose por los cambios de posición del sujeto. Ritmo normal. Primer ruido un tanto apagado.

Predominancia del segundo tono pulmonar. No hay soplos.

Aparato respiratorio: Disnea de mediana intensidad.

Los signos físicos pulmonares son los mismos ya existentes, notándose algunos estertores crepitantes en la base derecha.

Se practicó un examen radiográfico del tórax, apareciendo la sombra del corazón notablemente aumentada, (placa No. 2).



Placa No. 2.

La cantidad de orina emitida en las veinticuatro horas, es poco abundante (400 c.c.), y su análisis arroja el siguiente resultado: Albúmina, 0.20 gms. Cilindros hialinos y granulosos. Abundantes células renales. No hay hematíes. Leucocitos escasos.

Indicamos un régimen seco, diurético, bolsa de hielo sobre la región precordial y empezamos a digitalizarla. La tumefacción hepática se reduce un tanto y el primer tono de la punta se hace más enérgico. El pulso se mantiene muy frecuente. La distensión abdominal aumenta por día, apreciándose entonces la sensación de onda líquida. Procedemos a hacer una punción, extrayendo 1,500 c.c. de un líquido de aspecto sero-fibrinoso y cuyo análisis nos arroja el siguiente resultado: Rivalta positivo. Examen citológico: Hematíes abundantes, polinucleares 7, linfocitos 92, mononucleares 1. Examen bacteriológico: No se observan gérmenes.

Aparece en la parte superior de la región esternal una tumefacción del tamaño aproximado de un huevo de paloma, la cual es fluctuante a la palpación. La puncionamos y extraemos una pequeña cantidad de materia caseo-purulenta, la cual, enviada al Laboratorio, se nos reporta la existencia de bacilos de Koch en ella. Creemos estar en presencia de una lesión de osteomielitis tuberculosa del esternón, lo cual es más tarde confirmado.

El líquido ascítico se reproduce rápidamente después de las repetidas punciones que practicamos, y la cantidad de orina emitida se hace cada vez más escasa, llegando a eliminar últimamente, 100 cc. en las veinticuatro horas.

El pulso se debilita, haciéndose incontable. Aparece cianosis de las extremidades y la disnea se intensifica, para finalmente succumbir el día 23 de noviembre.

RESULTADO DE LA AUTOPSIA

Abierta la cavidad torácica, nos encontramos con una sinfisis pleuro-pericardiaca completa, la cual no nos permite separar el pericardio ni ambos pulmones sin romper las múltiples adherencias existentes en toda la superficie pleural. Existe una mediastinitis fibrosa muy extensa que engloba totalmente los órganos del mediastino. Los ganglios mediastinales están muy aumentados de tamaño, alcanzando ciertos de ellos el tamaño de un huevo de paloma, estando fusionados los de algunos grupos por un proceso de periadenitis. Su corteza es fibrosa y todo su interior ha sufrido la transformación caseosa.

Corazón: Se observa una enorme hipertrofia cardíaca; dilatación de las cavidades y engrosamiento notable de las paredes ventriculares, en las cuales se perciben nódulos caseosos, aislados unos y conglomerados otros, en íntima relación con el pericardio, del cual parecen destacarse para penetrar en pleno miocardio. (Véase figura No. 1).



Figura No. 1.

Corazón: Corte practicado a nivel del ventrículo izquierdo. Puede observarse la presencia de lesiones nódulo-caseosas, aisladas en algunos sitios y conglomeradas en otros, las cuales partiendo de la hoja visceral del pericardio, penetran en pleno miocardio.

Pulmón derecho: Dando un corte de vértice a base, encontramos lesiones acinodulares en la parte inferior del lóbulo superior. En el resto del pulmón, algunas granulaciones miliareas diseminadas.

Pulmón izquierdo: Muestra las mismas lesiones que el derecho, pero más extensas, predominando en el lóbulo superior.

Al abrir la cavidad abdominal se da salida a una gran cantidad de líquido ascítico, de color amarillo citrino. El peritoneo parietal y visceral aparece sembrado de granulaciones miliareas. Los ganglios mesentéricos, caseificados, alcanzan un gran tamaño, estando agrupados en forma de paquete.

Extraído el intestino e incindido, observamos en toda su mucosa granulaciones grises y transparentes, en gran abundancia. En ella hay también numerosas ulceraciones, dispuestas transversalmente, con bordes hinchados y violáceos y el fondo mamelonado, estando algunas de ellas, perforadas. Predominan en la región del íleon. A nivel del ciego existe una ulceración que pudiéramos llamar gigante, la cual presenta una perforación de un tamaño mayor de una peseta.

Hígado: De gran tamaño, con adherencias perihepáticas que le unen enteramente al diafragma. Su consistencia es firme, ofreciendo cierta resistencia al corte. Presenta lesiones de tuberculosis macro y micro-nodular.

Bazo: Gran número de granulaciones tuberculosas se observan cuando se da un corte a este órgano, existiendo, además, peri-esplenitis cartilaginosa.

Riñones: Congestivos, sin que existan en ellos lesiones tuberculosas.

Páncreas: No existe en ellos nada digno de mención.

INFORME HISTOLÓGICO

Pulmón: Las lesiones pulmonares consisten en islotes de bronquio-alveolitis, parcialmente caseificados. El exudado está constituido casi totalmente por células mononucleares. El parenquima interpuesto entre estos islotes es asiento de una intensa congestión, observándose los capilares dilatados e ingurgitados de sangre, particularmente en la periferia de las áreas lesionales; no son raras las efracciones de la pared alveolar con derrame hemático en la cavidad del alveolo. La pared de los bronquios afectados se encuentra infil-

trada y parcialmente destruída con invasión de su luz por el exudado. La pared de los vasos de mayor calibre es asiento de cambios inflamatorios que afectan a todas las capas.

Corazón: Existen gruesas lesiones constituídas por masas caseosas rodeadas de una zona de proliferación en la que se observan numerosas células gigantes. Estas lesiones asientan en el pericardio visceral que se encuentra parcialmente destruído, y penetran en pleno miocardio, determinando en su vecindad cambios reaccionales en el tejido intersticial del músculo cardíaco, el cual se encuentra infiltrado y engrosado. Las miofibrillas en las áreas afectadas aparecen parcialmente atrofiadas. En las zonas próximas se observan focos de infiltración linfocitaria, asentando en el tejido conectivo-vascular. (Figuras Nos. 2 y 3).

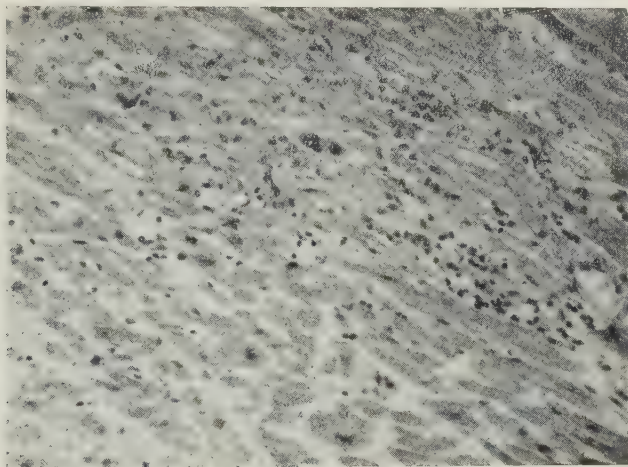


Figura No. 2.

Hígado: Existe un engrosamiento marcado de la cápsula de Glisson, de la que parten gruesas trabéculas fibrosas hacia el interior del órgano. El parenquima se encuentra representado por islotes celulares, restos de los lobulillos hepáticos mutilados por la reacción del tejido intersticial. Las células se encuentran en degeneración grasa y exhiben núcleos vesiculosos. Existen áreas de necrosis en las que los cordones de células hepáticas aparecen fragmentados y en vías de disolución. Los vasos muestran notable engrosamiento de sus paredes.

CONSIDERACIONES SOBRE LA TUBERCULOSIS DEL MIOCARDIO

La tuberculosis del miocardio es siempre, prácticamente, un hallazgo de autopsia, no pudiendo nosotros asegurar, frente a un síndrome de cirrosis cardio-hepática como el que presentaba nuestra enferma, que haya interesamiento del miocardio, a menos que se presenten trastornos del ritmo o la insuficiencia cardíaca se haga con una rapidez mayor de la que estamos acostumbrados a observar en las sinfisis cardíacas aisladas. Aunque es difícil atribuir, sin temor a equivocarse, la sintomatología presentada por el enfermo, a una lesión tuberculosa de su miocardio, se han señalado algunos síntomas funcionales que nos permitirían sospechar la localización miocárdica. Ellos son: las palpitaciones; disnea y cianosis intermitentes, separadas por intervalos de perfecta calma; colapsos de corta duración, de

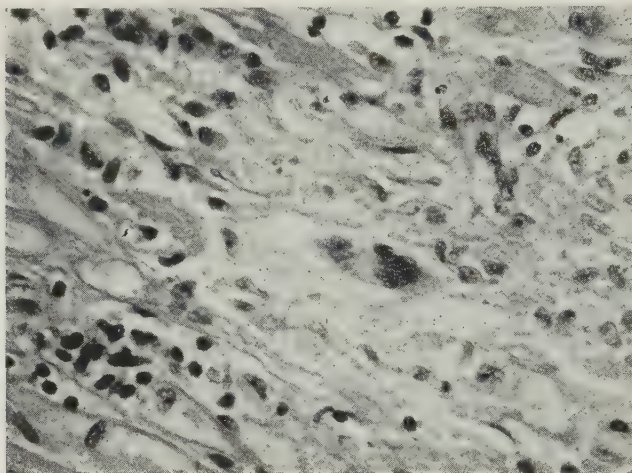


Figura No. 3.

aparición y desaparición brusca; y por último, un síndrome de asistolia transitoria.

Por no contar en el momento de nuestra observación con un Departamento de Cardiología perfectamente equipado, como el que existe actualmente en este Sanatorio, no nos fué posible hacer un estudio electrocardiográfico del caso. Aunque la primera observación conocida sobre la tuberculosis del miocardio es la publicada por Townsend, en Dublin, en 1832, ya Bayle en 1805 había dado una

descripción sucinta de la tuberculosis del corazón, reportando dos observaciones personales. Después, las observaciones se suceden, publicando sus hallazgos: Sauzier, Aran, Recklinghausen, etc., todo lo cual permite a Heberling de Bresleau reunir todos los casos en un trabajo de conjunto sobre la tuberculosis del miocardio. Desde entonces los reportes se han sucedido, habiéndose llegado a un conocimiento exacto en cuanto a las formas nodulares y a la de granulaciones miliares se refiere, pero no así de la miocarditis tuberculosa, existiendo casos en que la duda surge al no encontrarse en el examen histológico el elemento básico de diagnóstico, el folículo tuberculoso.

Etiología.—La tuberculosis del miocardio es más frecuente en el niño que en el adulto, y esto es fácil de comprender si se tiene en cuenta los caracteres de la infección tuberculosa en la infancia, en la cual el bacilo de Koch tiene una gran tendencia a invadir los distintos órganos de la economía, ya sea por vía sanguínea o linfática. La rareza de la localización en el miocardio depende, al parecer, del hecho observado de que los músculos ocupan el grado menor de frecuencia en la escala de las localizaciones del bacilo sobre los sistemas o aparatos. En el orden de los músculos estriados, la localización miocárdica es la más frecuente, siendo también ésta menos excepcional que la endocárdica. Como causa predisponente se puede señalar, el desfallecimiento o disminución del poder de contractilidad del músculo cardíaco.

Patogenia.—Los bacilos tuberculosos partiendo de un foco situado en cualquier parte del organismo, pero generalmente de los ganglios tráqueo-bronquiales, alcanzan el músculo cardíaco por vía sanguínea, linfática o por contigüidad. Cuando siguen la vía sanguínea, las lesiones que se establecen son del tipo de granulaciones miliares. En cierto número de casos la propagación se hace por vía linfática o por contigüidad, partiendo el proceso de los ganglios tráqueo-bronquiales vecinos directamente o por intermedio de una mediastinitis. Es invadida primero la serosa pericárdica, provocándose una sinfisis precedida o no de derrame, y de ahí el proceso se extiende al miocardio, ocupando, al principio, las zonas más externas.

Esta parece haber sido la patogenia del caso que estudiamos.

Formas anátomo-patológicas.—Siguiendo a Lancereaux, se han clasificado las lesiones en tres grandes grupos o formas:

- 1.—Nodular tuberculosa.
- 2.—Granulaciones miliares.
- 3.—Miocarditis tuberculosa.

A estas formas, Raviart ha agregado una de transición entre el tubérculo y la miocarditis, denominándola infiltración tuberculosa.

Haremos solamente una corta reseña de la forma nodular tuberculosa. Es la más frecuente y es la que presentaba nuestro caso.

Forma nodular-tuberculosa.—Raramente únicos, los nódulos pueden variar en número desde dos hasta diez, o más. De forma redondeada, o abollonada cuando están conglomerados, su tamaño es variable desde el de un grano de trigo hasta el de una nuez. Su localización puede hacerse en cualquier parte del miocardio, pero parecen adquirir su máximo desarrollo en las paredes auriculares. Generalmente sobresalen sobre la cara endocárdica o pericárdica del miocardio, dando lugar, a veces, a deformaciones de las paredes. El pericardio vecino puede estar alterado, ya en el sentido de un derrame, ya en el de adherencias localizadas o generalizadas. En el corte de los nódulos, la superficie de sección presenta un aspecto parecido al del mastie, pudiendo observarse, a veces, puntos de reblandecimiento en su centro. El examen histológico del nódulo nos muestra que él está formado por una masa caseosa, rodeada de elementos foliculares en distintos estados de evolución, presentando los folículos más antiguos su centro caseificado. En el seno del tubérculo se puede poner de manifiesto el bacilo de Koch. Aunque los nódulos están bien limitados, los elementos foliculares se insinúan en los intersticios del tejido muscular, pudiendo haber alteraciones de las fibras musculares, de tipo atrófico.

Antes de terminar este pequeño resumen sobre la tuberculosis del miocardio, es necesario señalar que al lado de la miocarditis folicular, específicamente tuberculosa, ya en su forma esclerósica o hemorrágica, pueden existir miocarditis tuberculosas no foliculares, en las cuales las lesiones histológicas son banales, pero que guardando ciertas semejanzas con las formas foliculares y teniendo en cuenta las condiciones del organismo en el cual se instalan, se les puede señalar el mismo factor etiológico.

RESUMEN DEL CASO

Se trata de la observación de un caso de tuberculosis del miocardio, a forma nódulo-caseosa, en una niña de diez años de edad. Fué un hallazgo de autopsia, pues como es casi de rigor en todos los casos, el síndrome de insuficiencia cardíaca que ella presentaba, fué

LOS PRODUCTOS



en

SANDOZ

PEDIATRIA

PRODUCTO, COMPOSICION
E INDICACIONES

POSOLOGIA MEDIA PARA LOS
NIÑOS, Y PRESENTACION

BELLADENAL

Asociación de Bellafolina con la fenil-etil-malonilurea.

Estados nerviosos, crisis, convulsiones de niños, corea, epilepsia, incontinencia de orina vómitos.

Posología:

De 1 a 6 meses, $\frac{1}{4}$ comp.
De 7 a 12 meses, $\frac{1}{4}$ $\frac{1}{2}$ comp.
De 13 meses a 2 años $\frac{1}{2}$ a $\frac{3}{4}$ comp.
De 2 a 4 años $\frac{1}{2}$ a 1 comp.
De 5 a 8 años 1 a 2 comp.
De 9 a 12 años 1 a 3 comp.
De 12 a 15 años, 1 a 4 comp.

Forma:

Rp: Belladenal Sandoz: un tubo de comprimidos

"CALCIUM-SANDOZ"

Sal orgánica pura realmente asimilable, eficaz y agradable de tomar por vía gástrica, inyectable por vía venosa e intramuscular a dosis eficaces.

Debilidad general.

Crisis de crecimiento.

Desmineralización.

Raquitismo.

Tuberculosis.

Nerviosismo.

Caries dentaria.

Tetania, Espasmodia.

Procesos inflamatorios y exudativos: gripes, anginas, neumonías, urticarias, etc.

Posología:

Polvo granulado: tres veces al día, una cucharita de las de café, más o menos llena, según la edad.

Niños pequeños: hasta llegar a los 5 meses, diariamente dos cucharitas de las de café (el "Calcium-Sandoz" no debe ser calentado con la leche); de 1 y $\frac{1}{2}$ a 3 años, tres cucharitas de las de café, más o menos llenas.

Tabletas de chocolate: 3 tabletas al día.

Ampollas diariamente, o cada 2 ó 3 días, se dará una inyección de 2 a 5 cc., ya por vía intravenosa ya por la intramuscular (en el punto glúteo).

FORMAS:

granulado: cajas de 50 y 100 gr.

comprimidos: cajas de 30 tabletas.

inyectables: cajas de 1, 5 y 20 amp. de 10 cc. al 10% y 20%.

Cajas de 2 y 10 amp. de 5 cc. al 10% y 20%.

Cajas de 10 amp. de 2 cc. al 10%.

CALCIBRONAT

Bromogalactogluconato de calcio.

Todas las indicaciones de la medicación bromada, y en particular:

Corea, Nerviosismo, Pavor nocturno, Convulsiones, Insomnio nervioso, e Hiperexcitabilidad e inquietud del niño.

POSOLOGIA:

Granulado: diariamente, de 1 a 4 cucharitas de las de café, según la edad y el peso del niño.

Comprimidos efervescentes: de $\frac{1}{2}$ a 3 comprimidos por día, según la edad y el peso.

Inyectables: 1 ampolla 2 a 3 veces por semana.

Formas:

granulado: cajas de 100 gr.

comprimidos: cajas de 10 comp.

inyectables: cajas de 1, 5 y 20 amp. de 10 cc.

cajas de 1 y 10 amp. de 5 cc.

IPECOPAN

(Ipecacuana + Opio).

Coqueluche o Tos Ferina

Tos, bronquitis.

Posología:

Solución: 1 gota por año de edad, 3 veces al día.

Forma: frasco cuentagotas de 15 cc. solución.

Fabrique de Produits Chimiques ci-devant Sandoz
Bâle (Suisse)

Depositarío exclusivo para Cuba: Dr. Emilio Márquez, Blanco Herrera 7 B, Habana.

**LA MEJOR LIPOIDO - TERAPIA
EN LA INFANCIA**

TROFAN

LECITINAS Y COLESTERINA

CEREBRALES

EN SUSPENSION ACUOSA

**INSTITUTO BIOLOGICO CUBANO
L A H A B A N A**

**MUESTRAS Y
LITERATURA
A PETICION**

atribuido a otro factor patogénico más frecuente en las insuficiencias circulatorias en la tuberculosis del niño, cual es, la sinfisis intra y extrapericárdica, la que por otra parte, estaba presente, y que sin duda fué la que realizó la lesión más importante desde el punto de vista del déficit cardíaco.

La lesión del miocardio parece haberse establecido por vía linfática o por contigüidad, partiendo la infección de los ganglios caseosos tráqueo-brónquicos y de la mediastinitis difusa concomitante. Se establecieron adherencias pleuro-pericárdicas y sinfisis de las dos hojas de esta serosa. En una fase más avanzada del proceso, se implantan las lesiones en pleno miocardio, pero guardando una relación estrecha con la hoja visceral del pericardio. Hubo también en esa enferma una generalización hemática pero con localización preferentemente entero-peritoneal.

BIBLIOGRAFIA

ONFREY DE BREVILLE.—La tuberculose du myocarde. These de Paris. 1911.

M. LABBE.—Tuberculose du myocarde. Revue mensuelle des maladies de l'enfance. Paris, juin 1896.

A. PIC. - L. MORENAS.—Tuberculose cardio-vasculaire.

REY.—Contribution a l'etude de la tuberculose du myocarde. These de Paris.

L. MORQUIO.—Conferencias sobre tuberculosis infantil.

N O T I C I A S

SEÑORA DOLORES DOBAL DE MACHO

En la madrugada del día primero del presente mes, dejó de existir, rodeada del cariño de los suyos, la Sra. Dolores Dobal de Macho, madre amantísima de los Dres. Mario Hernández Dobal Cirujano de la Cooperativa Médica de Dependientes y de José Macho Dobal, Jefe del Laboratorio de la expresada Institución e Instructor de la Cátedra de Patología Médica, miembro distinguido también, éste último, de la Sociedad Cubana de Pediatría.

En nombre de los compañeros que formamos parte de la Sociedad Cubana de Pediatría, queremos dejar constancia de nuestro profundo pesar por tan sensible pérdida, enviando a los queridos compañeros un mensaje sentido de condolencia.

CONVENCION MEDICA PROVINCIAL DE LA HABANA

Con asistencia de cerca de quinientos cincuenta compañeros, durante un almuerzo que tuvo lugar en el roof garden del Hotel Plaza, se celebró el pasado día 9 del presente mes, la Convención Médica Provincial de La Habana, convocada por la Federación Médica de Cuba como paso final para la celebración, el próximo día 22, de la Asamblea Nacional del organismo máximo de los médicos.

Presidieron los doctores Enrique Saladrigas, Presidente del Colegio Médico de La Habana y José Bisbé Alberni, Presidente de la Federación, quienes tenían a su derecha e izquierda a los doctores Octavio Montoro, Ricardo Núñez Portuondo, Ernesto R. de Aragón, Pedro Fariñas, Clemente Inclán, Ignacio Calvo Tarafa, Gustavo Rubio, Octavio Rivero, Angel Arturo Aballí J. Selleck, y otros miembros del Ejecutivo Nacional.

Terminado el almuerzo, el doctor Saladrigas se dirigió a sus compañeros haciéndoles saber que en cumplimiento de un acuerdo del Ejecutivo de la Federación Médica de Cuba el Colegio Médico ha convocado a la asamblea que se celebra, reuniendo a todos los colegios médicos de la provincia así como que tenía el alto honor de ver sentado a la mesa al doctor Martínez Lamos, figura prestigiosa de la medicina camagüeyana.



La presidencia del acto.

Dijo después que aquella asamblea provincial era la última para celebrar el día 22 de los corrientes la Asamblea Nacional de la Federación Médica de Cuba, a la que deben llevar todos los profesionales cuantos problemas estimen conveniente para el mejoramiento de la clase; hacerse oír en la Asamblea y no en corrillos como acontece actualmente. “Esa Asamblea la ha de presidir un hombre inmaculado, el doctor José Bisbé”, terminó diciendo en medio de una ovación que, de pie, le es tributada al jefe de la clase médica.

Antes de terminar ruega se acepte la excusa que por su conducto envía a la asamblea el doctor Luis Ortega, quien por encontrarse enfermo se veía privado de asistir al acto.

El Dr. Bisbé, vivamente emocionado, dió las gracias a sus compañeros por la ovación espontánea que le acababan de tributar; y en nombre del Ejecutivo de la Federación Médica, que preside da un saludo cordial a los assembleistas.

“Esta es la última de las Convenciones Provinciales, agrega; y es la más entusiasta y la más concurrida, desde luego, por celebrarse en la Capital, donde mayor número de médicos ejercen la profesión, y con la asistencia de este conjunto crecido, queda demostrado que los ideales por que viene luchando la clase médica desde hace tiempo son poderosos, honrados, profundos, y que se mantienen firmes en nuestro seno.”

Hace historia sucinta el doctor Bisbé de los problemas confrontados por la clase médica a partir de los primeros meses del año de 1935, en los que, precisamente, dice, reinaba una gran calma en el seno de la profesión médica, problemas que, a medida que se iban sucediendo, eran respaldados por el Ejecutivo de la Federación Médica de Cuba que los creía de justicia, pues “en ningún momento esos incidentes o problemas, como se les quiera llamar, tuvieron matiz político de ninguna clase.”

“Y debo afirmar —añadió— que el organismo que presido siempre ha actuado a la luz pública, sin temores, porque su actuación ha sido, en todo momento, diáfana, clara y precisa.”

Después de terminar la narración del proceso de los sucesos anteriormente señalados, el doctor Bisbé dió cuenta de las actividades federativas al reanudar sus actividades la Federación, a virtud de Sentencia del Tribunal Supremo de Justicia que todo el mundo conoce.

Informa de la labor realizada a partir del día 15 de agosto pasado a la fecha, reorganizando los colegios médicos, celebrando asambleas provinciales, etc., para lograr la Nacional del día 22 de enero actual. Tiene frases de gratitud para la prensa capitalina y de toda la República que espontáneamente le ha venido publicando los acuerdos, según se han ido tomando por los organismos federativos.

Debe haber civismo en la Asamblea

El doctor Bisbé ruega, pide, exige finalmente, a sus compañeros, que durante las sesiones de la próxima Asamblea Nacional haya civismo, se discutan los problemas con entereza, recordando siempre

que dicha reunión es soberana y que sus acuerdos "son leyes para la clase".

Agrega que durante el tiempo que ha estado inactivo por razones que todo el mundo conoce, el Ejecutivo ha estudiado todos los problemas, sin reservas mentales, sin apasionamientos de ninguna clase.

El doctor Bisbé explicó los temas que se tratarán en la Asamblea, estudiados ya por el Ejecutivo.

Sobre el mutualismo estima que se pueden hacer convenios de carácter general o la aprobación de una legislación adecuada en la que se disponga que el desempeño de determinados cargos debe ser por concurso.

Cree asimismo el Ejecutivo de la Federación que debe legislarse, también, sobre Accidentes del Trabajo, para evitar que los médicos mantengan "iguales" con las compañías de seguros.

Abordó el problema ya planteado, discutido y aprobado por la Asamblea Nacional de la ciudad de Cárdenas del año de 1934, el desempeño del cargo único, pero cree que debe establecerse después de obtenerse del Congreso y del Gobierno, la aprobación del sueldo mínimo y, posteriormente, conceder un plazo de dos años para que el médico que desempeña más de un puesto, se adapte a uno solo.

Señala los peligros que tiene para el médico el que no se legisle sobre la carrera administrativa, pues está expuesto a quedar cesante cuando el cacique político pierda su influencia.

Aboga por la renovación y regulación de las vetustas Ordenanzas Sanitarias, porque se legisle contra el intruismo, penándose fuertemente a los infractores y no como ocurre actualmente que el intruso ejerce libremente y un dentista camagüeyano fué multado, recientemente, por extraer una muela y estimar el juez que sólo debía ejercer como médico.

Otro peligro señala el doctor Bisbé: la vejez del médico. Es necesario que se establezca el Retiro Médico, dice, para evitar los tristes espectáculos que a cada instante se repiten: la viuda de un galeno durmiendo en los portales de la Habana; tener que hacer colectas para inhumar a un compañero, etc.

Termina recomendando que en la próxima Asamblea se debe aprobar el proyecto de establecer un sello, cuyo valor sea de un centavo, en los productos de laboratorio de fabricación nacional.

Y termina diciendo: "Creo en la necesidad de la Federación Médica de Cuba que debe subsistir para sostener la unidad de la clase, y por tanto, atender al mejoramiento de los médicos, ampliando sus estudios, creando bibliotecas, la Casa del Médico, etc. Y terminó con estas palabras: "Firmeza, paciencia, el porvenir es nuestro".

Octavio Rivero, Senador de la República, dijo que los médicos pinareños estaban con la Federación Médica, que tiene presentado, desde el sábado último, un proyecto de Ley donde modifica la Ley del Retiro para los médicos, en el sentido de que pledan acogerse al mismo al segundo día de estar desempeñando un cargo.

Hablaron también los doctores Octavio Montoro, Angel Arturo Aballí y José A. Bryon.

INAUGURACION DEL MONUMENTO A MORQUIO

La Comisión Organizadora del monumento-homenaje al profesor Luis Morquio, que preside el Dr. E. Fournié ha invitado especialmente a la Sociedad Cubana de Pediatría, por conducto de su presidente Prof. Félix Hurtado, para que designe un Delegado que la represente en el acto de la inauguración del Monumento a Morquio, que tendrá efecto al próximo día 30 del corriente en la ciudad de Montevideo.

Mucho agradecemos esta invitación y sentimos no poder estar representados en este solemne acto, ya que los pocos días que faltan para el mismo nos impiden enviar nuestra representación.

DROGUERIA SARRÁ

LA MAYOR

ESTABLECIDA EN 1853

36 EDIFICIOS

700 EMPLEADOS

35,000 METROS CUADRADOS UTILIZADOS



**SIEMPRE
ADELANTE**

y al Servicio de los señores
Médicos, Dentistas y Veterinarios



**LABORATORIO-
FABRICA**

de Productos Químicos y Farma-
céuticos. El Mayor de la República.



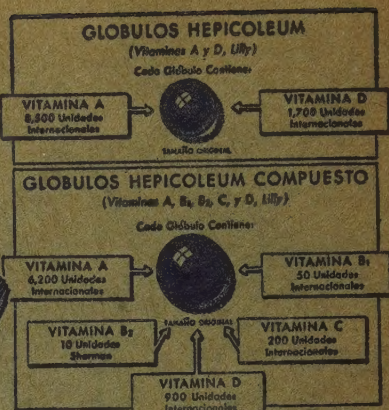
VISITENOS: - SALDRA COMPLACIDISIMO

UTILICENOS: - LO SERVIREMOS GUSTOSOS

CATÁLOGOS - LISTAS - PROSPECTOS

MUESTRAS GRATIS

Siempre a la disposición de los Señores Facultativos



Preparado con aceites de hígados de pescado de alta potencia vitamínica. Cada glóbulo contiene: Vitamina A, 8,500

unidades internacionales; Vitamina D, 1,700 unidades internacionales, en aceite de hígados de pescado, 0.18 cc.

GLOBULOS HEPICOLEUM COMPUESTO (VITAMINAS A, B₁, B₂, C, y D, LILLY)

Para el tratamiento o la profilaxia de avitaminosis múltiples. Cada glóbulo contiene: Vitamina A, 6,200 unidades internacionales; Vitamina D, 900 unidades internacionales (contenidas en aceite de hígados de pescado, 0.2 cc.);

Vitamina B₁, 50 unidades internacionales; Vitamina B₂, 10 unidades Sherman; Vitamina C, 200 unidades internacionales (Ácido Ascórbico, 10 mg); Reactivo de Lloyd, c.s. para hacer un glóbulo.

Lilly

ELI LILLY AND COMPANY
INDIANAPOLIS, INDIANA, E. U. A.